UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ULCÈRES DE LA FACE POSTÉRIEURE DE L'ESTOMAC

D'APRÈS VINGT-SEPT OBSERVATIONS PERSONNELLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 30 avril 1945

PAR

Martin-Robert-Jean ETCHEVERRIGARAY

Né à SAINT-JEAN-PIED-DE-PORT (Basses-Pyrénées), le 3 Janvier 1917

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPERIE, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*

DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1945

ETCHEVERRIGARAY
(Martin-Robert-Jean)

Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac d'après vingt-sept observations personnelles. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 72 p., fig.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 86.*)

ETCHEVERRIGARAY
(Martin-Robert-Jean)

Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac d'après vingt-sept observations personnelles. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 72 p., fig.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 86.*)

ETCHEVERRIGARAY
(Martin-Robert-Jean)

Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac d'après vingt-sept observations personnelles. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 72 p., fig.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 86.*)

ETCHEVERRIGARAY
(Martin-Robert-Jean)

Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac d'après vingt-sept observations personnelles. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 72 p., fig.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 86.*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ULCÈRES DE LA FACE POSTÉRIEURE DE L'ESTOMAC

D'APRÈS VINGT-SEPT OBSERVATIONS PERSONNELLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 30 avril 1945

PAR

Martin-Robert-Jean ETCHEVERRIGARAY

Né à SAINT-JEAN-PIED-DE-PORT (Basses-Pyrénées), le 3 Janvier 1917

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPERIE, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*

DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	LEURET.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	N.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.		

PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	N.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	N.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Chimie minérale	CASTAGNOU
Accouchements	MAHON.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIE
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU
Anatomie	J. BEAUVIEUX	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

Cette thèse est le fruit de votre travail. Puisse-t-elle récompenser de longues années de sacrifices. Nous en profitons pour vous témoigner notre profonde affection et notre immense gratitude.

A MA FIANCÉE

A MA TANTE MARIE

En témoignage particulier de reconnaissance.

A MES ONCLES — A MES TANTES

A LA MEMOIRE D'ANDRÉ CHALIES

MORT POUR LA FRANCE

A MES AMIS

EN PARTICULIER :

LE DOCTEUR ROBERT VOISIN

PAUL MATIGNON

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE BAYONNE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE BORDEAUX

A Monsieur le Professeur agrégé DUBARRY

Médecin des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Gastro-entérologie.

Qui a bien voulu nous confier ce sujet de thèse, nous en fournir la plupart des observations et nous guider de ses conseils. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

A Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de guerre.

A Monsieur le Professeur F. PAPIN

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Membre correspondant national de la Société de Médecine,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DUPÉRIÉ

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et nous a fourni des observations particulièrement intéressantes. En témoignage de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES DE LA FACE POSTÉRIEURE

DE L'ESTOMAC

D'après vingt-sept observations personnelles

INTRODUCTION

Nous entendons par ulcères de la face postérieure de l'estomac ceux qui, invisibles radiologiquement dans la position debout de face, quand l'estomac est complètement rempli de baryte, sont mis en évidence par l'examen en oblique antérieur droit (O. A. D.) ou de profil.

Les ulcères du versant postérieur de la petite courbure, débordant celle-ci dans l'examen de face, ne nous paraissent pas entrer dans cette catégorie.

Les ulcères de la face postérieure sont considérés classiquement comme rares.

En effet, Pierre Duval, sur 100 ulcères de l'estomac, en note: 70 localisés au pylore, 28 à la petite courbure, 2 à la face postérieure. Pour certains auteurs, cette rareté ne serait qu'apparente et ne tiendrait qu'à la difficulté de leur diagnostic.

C'est ainsi que Hauser (cité par Albrecht) attribue à cet ulcère le pourcentage de 17,3 p. 100 après vérifications nécropsiques.

La statistique personnelle du Professeur agrégé Dubarry, portant sur 665 ulcères gastro-duodénaux suivis, avec 18 ulcères de la face postérieure (14 du versant postérieur de la petite courbure et 4 en pleine face postérieure), nous donne un pourcentage de 2,7 p. 100, sensiblement le même que celui de P. Duval.

Depuis leur description par Albrecht en 1930, Berg en 1931, ils ont fait l'objet d'un important travail de Jean Duval, du Havre, en 1932, et, au point de vue radiologique, de Nemours-Auguste en 1934, de Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon en 1937, enfin de A. Bernard, de Lille, en 1938, et de P. Fabre, de Toulouse, en 1939; et l'on en rapporte de temps en temps quelques cas, toujours pour souligner leur rareté et la difficulté de leur diagnostic (1).

Assez souvent géants, ces ulcères sont bien visibles radiologiquement, à la condition formelle qu'on emploie une technique adéquate. Leur situation par rapport aux courbures étant variable, on peut, avec Ducuing et P. Fabre, les diviser en deux groupes : les uns médians, en pleine face postérieure, ulcères primitifs pour A. Bernard; les autres, situés au voisinage de la petite courbure, mais franchement en dedans d'elle, et n'empiétant pas sur ses bords : ulcères du versant postérieur de la petite courbure, qui, pour A. Bernard, seraient secondaires et proviendraient d'ulcères de la petite courbure qui s'étalent sur la face postérieure.

Nous ne nous occuperons ici que des ulcères postérieurs de la portion verticale de l'estomac, car nous n'avons aucune observation personnelle d'ulcères de la portion horizontale.

---

(1) Depuis la rédaction de notre thèse, nous relevons dans la *Presse médicale* (n° 8 de 1945) une thèse de Strasbourg toute récente (2e trimestre 1944) sur le même sujet (*A propos de 25 observations d'ulcères de la face postérieure de l'estomac. Etude clinique et radiologique*, de P. Warter).

Egalement dans le numéro 11 de 1945, nous trouvons l'analyse d'une communication de MM. M. Levrat et J. Bonnet-Eymard à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon (séance du 20 décembre 1944) sur l'ulcère de la face postérieure de l'estomac, où ces auteurs font état de 4 observations personnelles et soulignent « que cette localisation de l'ulcus gastrique paraît moins rare qu'on ne croyait jusqu'ici, lorsqu'on pense à le rechercher systématiquement ». Comme on le voit, il s'agit d'une question à l'ordre du jour.

La clinique n'étant pas assez explicite pour préciser leur siège, c'est la radiologie qui seule les localise en effet.

Aussi, avons-nous adopté comme plan : d'abord, l'étude radiologique; nous exposerons ensuite nos observations personnelles; puis, à la lumière de ces observations, nous étudierons leurs caractères cliniques, pour voir en quoi ils peuvent se différencier des autres ulcères gastro-duodénaux.

Enfin, nous parlerons de leurs traitements.

Les observations de notre thèse proviennent : les unes, du service de Clinique médicale du Professeur Dupérié; d'autres, de la consultation de gastro-entérologie attachée à ce service, et dirigée par le Professeur agrégé Dubarry; les autres enfin, et en majeure partie, sont des observations personnelles de M. J. Dubarry, qui a bien voulu nous les communiquer et en permettre la publication.

La plupart sont inédites. Certaines ont déjà paru dans d'autres travaux du Professeur agrégé Dubarry sur les ulcères, ou inspirés par lui : ainsi, la thèse de Mlle G. Menier, *Traitement de 24 cas d'ulcères gastro-duodénaux rebelles par la Ferriscorbone* (2) *sodique* (Bordeaux, 1944), et de A. Pélissier, *Contribution à l'étude des ulcères gastro-duodénaux récents chez les vieillards* (Bordeaux, 1945).

---

(2) Il s'agit d'un traitement personnel des ulcères calleux, du Professeur agrégé Dubarry, traitement qui a fait l'objet d'une communication de cet auteur à la Société de gastro-entérologie (3 juill. 1943), puis de cette thèse, dans laquelle ont paru plusieurs observations de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

ETUDE RADIOLOGIQUE

Son rôle de premier plan dans la découverte des ulcères de la face postérieure.

Si l'interrogatoire du malade, précisant l'histoire de la maladie, est le temps essentiel pour porter le diagnostic de syndrome ulcéreux, c'est, en pratique, l'examen radiologique qui permet d'affirmer l'existence de l'ulcère, de le localiser, et qui fournit des renseignements de grande valeur quant au fonctionnement général de l'estomac et à l'importance des lésions.

Mais il arrive parfois qu'un examen radiologique gastro-duodénal, même conduit avec le plus grand soin, demeure entièrement négatif et paraisse en contradiction avec la clinique, pour n'avoir pas réussi à mettre en évidence une lésion ulcéreuse que l'anamnèse et l'analyse des symptômes rendaient à peu près certaine. C'est alors que la gastroscopie acquiert toute sa valeur.

Mais avant de parler d'examens radiologiques négatifs, il faut être certain que ces examens aient été conduits en utilisant toutes les ressources de la technique.

On a pu ainsi mettre en évidence une lésion non vue à un examen trop rapide. Et on a constaté que, parmi les localisations passant facilement inaperçues si l'examen n'est pas conduit avec le plus grand soin, il en est une qui se place au premier rang par sa fréquence relative : les ulcères de la face postérieure.

Technique. — Pour que cet examen ait toute sa valeur, la nécessité d'une technique rigoureuse s'impose, technique que nous allons rappeler en nous référant aux travaux de MM. R. Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon et Nemours-Auguste.

L'examen sera toujours pratiqué à jeun. Le malade, placé derrière l'écran, tiendra dans sa main gauche un gobelet contenant la bouillie barytée. En le faisant boire lentement, on observera à l'écran, après une première gorgée prise isolément, le passage du mélange, jusqu'à réplétion complète de l'organe.

Ensuite, par palpation sous écran, on explorera la mobilité des diverses portions accessibles et on recherchera les zones douloureuses.

Lorsqu'on voudra étudier la muqueuse, on commencera par la méthode dite « en couche mince », qui permet d'apprécier la morphologie du revêtement, ses saillies, ses creux, ses plissements.

1° Ulcères du versant postérieur de la petite courbure dans sa portion verticale.

Ici, le diagnostic est le plus souvent aisé, à la condition d'utiliser l'incidence oblique antérieure droite pour révéler nettement l'ulcération; quelquefois, son voisinage de la petite courbure se trahit par une rigidité segmentaire, une légère rétraction, etc.

2° Ulcères de la face postérieure proprement dits.

Il s'agit ici d'ulcères invisibles, l'estomac étant rempli de baryte, à un examen non seulement frontal mais même légèrement en oblique; le malade doit être vu de profil ou presque.

Il s'agit toujours de localisations sur la portion verticale de l'estomac, à égale distance des courbures, et le plus souvent immédiatement au-dessous de la grosse tubérosité. Une telle lésion peut être aussi vue à un examen debout de face, mais dans certaines conditions : quand, dans un estomac non complètement rempli de baryte, la niche, injectée, émerge au-dessus du niveau baryté gastrique.

MM. R. Ledoux-Lebard et J. Garcia-Calderon précisent que si on observe à l'écran la descente dans l'estomac des premières gorgées de gélobarine, on peut voir, accrochée au passage, une petite quantité de liquide opaque dessiner le cratère ulcéreux.

Cette image peut être simulée par les plis de la muqueuse gastrique. Néanmoins, sa constatation doit aiguiller la recherche vers l'existence possible d'une ulcération postérieure.

Keller préconise la manœuvre, dite de la « palpation ascendante », consistant à refouler, de bas en haut, la substance opaque accumulée dans le bas-fond gastrique, et qui peut faire apparaître une tache ulcéreuse.

Dans quelques cas, l'examen en station debout suffit. Et Nemours-Auguste recommande d'attendre une évacuation partielle de l'estomac, ce qui permet à la tache ulcéreuse d'émerger, en station debout, au-dessus du niveau du liquide opaque.

Une fois la réplétion gastrique complète, l'examen en station verticale, ou en décubitus, de face ou oblique, ne montre en général aucune tache, aucune modification des courbures.

Par contre, sur le sujet placé en « décubitus dorsal », la partie postérieure de la grosse tubérosité devient le point déclive de l'estomac. Le liquide opaque s'accumule dans le bas-fond, tandis que l'air s'étale au-dessus de lui, et envahit la portion verticale ou descendante de l'estomac, qui, dans cette position, est devenue horizontale ou légèrement ascendante. Mais il faut une quantité de liquide suffisante pour remplir en décubitus, et déborder même le bas-fond tubérositaire, sinon le liquide, en quantité insuffisante, se rassemble dans le bas-fond, sans déborder sur la face postérieure, qui, dans le cas, est devenue inférieure. Cette couche liquidienne est surmontée de l'air de la grosse tubérosité qui soulève la paroi antérieure de l'estomac, devenue supérieure, ce qui fait que l'on obtient, sans autre artifice, de belles images de la face postérieure. Si la quantité de liquide est trop grande, on peut facilement améliorer l'image, en abaissant ou rele-

vant la tête de la table radiologique basculante, de façon à faire refluer le liquide vers la grosse tubérosité. On peut aussi, par la compression instrumentale, diminuer l'opacité et obtenir ainsi un meilleur relief.

Cependant, un ulcère haut placé peut échapper à la compression. De plus, la tache ulcéreuse peut rester masquée par l'ombre de la grosse tubérosité et n'apparaître qu'à la faveur de la surélévation du diaphragme.

L'*incidence de profil en position verticale* se prête évidemment à l'étude de l'ulcère de la face postérieure. Et c'est elle qui a été particulièrement recommandée par certains auteurs, dont Albrecht. Elle nous a révélé, chaque fois, la niche, dont l'existence fut parfois confirmée par les techniques précédemment exposées. Cependant, en profil vrai, l'image radiologique est souvent floue, à cause de l'épaisseur des tissus à traverser.

Nous ne voulons parler ici que des ulcères de la portion verticale, ceux de la portion horizontale étant pratiquement toujours invisibles radiologiquement. En effet, non seulement les statistiques personnelles du Professeur agrégé Dubarry n'en mentionnent aucun, mais les travaux des divers auteurs ne concernent, en fait, que des ulcères de la portion verticale.

Ils n'en existent pas moins, ainsi que le prouve un travail récent de MM. E. Moutier, P. Hillemand, Nemours-Auguste. En effet, sur 19 ulcères de l'antre invisibles à la radiographie et visibles à la gastroscopie, ces auteurs en signalent 4 sur la face postérieure de l'antre.

II. — *Aspect radiologique.*

Ces ulcères sont haut situés sur la face postérieure (ulcères sous-tubérositaires, de Nemours-Auguste) : 80 p. 100 aux deux tiers supérieurs de la portion verticale, d'après notre statistique.

Leur situation par rapport aux courbures est variable : en pleine face postérieure (ulcères médians) ou près de la petite courbure (ulcères du versant postérieur de la petite courbure) (Ducuing et P. Fabre).

Ces ulcères sont assez souvent géants, c'est-à-dire mesurant plus de 3 centimètres de diamètre. Nos observations signalent que la moitié de nos malades personnels ont une volumineuse niche. Ils sont le plus souvent uniques, mais Nemours-Auguste a signalé un cas de double ulcère de la face postérieure.

Sur les clichés, l'ulcération se présente sous forme de tache. Elle peut s'inscrire sur tous les clichés de la série ou sur un seul.

De face, après évacuation partielle, l'image peut se présenter suspendue entre les deux courbures (fig. 3) en nid de pigeon, avec un niveau liquidien horizontal en pleine face postérieure.

Dans cette position, on peut voir en général une encoche médio-gastrique par rétraction de la grande courbure (fig. 2).

De profil ou en A. O. D., la niche, que l'on voit presque toujours admirablement, a un aspect comparable à celui des niches de la petite courbure sur les films pris de face : diverticule régulier, non encastré, de dimensions variables.

En décubitus dorsal, toute la gélobarine reflue vers la grosse tubérosité, et la niche apparaît alors complètement opacifiée.

La niche ulcéreuse est de contours réguliers, arrondis, de teinte homogène, séparée du reste de l'estomac par un rebord clair (œdème ou saillie des bords dans l'ulcère calleux), souple, sensible au palper en scopie.

Certains ulcères de la face postérieure ou du versant postérieur de la petite courbure provoquent souvent la rétraction de la petite courbure et l'enroulement de la face postérieure autour d'eux. Si bien qu'on a une image tendant de plus en plus vers le fer à cheval, l'ulcère occupant le centre de la concavité (fig. 1). De plus, J. Duval rapporte l'histoire d'un

ulcère postérieur ayant occasionné une double sténose, visible à l'écran.

En général, l'estomac est hypotonique, affectant la forme en sablier. Rarement, il est haut situé, comme dans le cas de G. Chavannaz et A. Chenut, où l'estomac était collé au foie et à la rate par des adhérences.

Quelquefois, le cliché est difficile à interpréter et la niche, quoique visible, peut passer inaperçue. On est alerté alors soit par l'encoche spasmodique de la grande courbure, ou même de la face antérieure, la convergence des plis de la muqueuse réalisant, de face, une image en trèfles, soit par la discordance d'un examen radiologique à première vue négatif et d'une histoire clinique typiquement ulcéreuse.

Le plus souvent, il y a concordance entre l'apparition de l'image radiologique et le début des signes cliniques.

Quelquefois cependant, les premiers sont longs à apparaître, et Gaston-Durand rapporte l'observation d'un malade atteint d'un ulcère de la face postérieure, dont les signes radiologiques, variables d'un examen à l'autre, ne sont apparus au complet que treize ans après le début des troubles.

III. — *Diagnostic différentiel des niches.*

Tous les signes précédemment vus ne permettent pas d'affirmer une lésion ulcéreuse constituée; ils indiquent seulement la probabilité d'une ulcération de la muqueuse en un point désigné.

Il conviendra donc d'éliminer les fausses niches, les niches cancéreuses, les niches d'étiologies exceptionnelles, avant d'admettre le diagnostic d'ulcères gastriques.

1° Les fausses niches.

Les pseudo-diverticules. — Une difficulté d'interprétation est donnée par des aspects très fréquents de pseudo-niche du haut de la petite courbure produits par une saillie du fond de la poche à air.

Normalement, en effet, de profil ou en O. A. D., la face postérieure de l'estomac a un contour en S italique presque renversé. Or il arrive fréquemment que la courbure supérieure de l'S soit plus accusée, irrégulière, simulant alors une niche parfois volumineuse (fig. 7). Peu d'auteurs se sont intéressés à cette image, cependant importante à connaître, car elle est génératrice d'erreurs de diagnostic. Barret, qui en a fait l'étude, en explique ainsi la formation : « L'arrière-fond de la grosse tubérosité est pourvu d'une tunique musculaire très mince, et une simple augmentation de pression, indépendamment de toute lésion, agit particulièrement sur cette région, qu'elle déprime. » Aussi devra-t-on toujours penser à ces pseudo-niches avant de porter un diagnostic d'ulcère sous-cardiaque. C'est ainsi que, pour un de nos malades présentant une image un peu de cet ordre (obs. XXI), ce n'est qu'après le traitement d'épreuve antiulcéreux, qui s'est montré très efficace, que M. J. Dubarry a osé affirmer qu'il s'agissait d'un ulcus sous-cardiaque.

Peut-être s'agit-il d'un sillon où la baryte reste accrochée entre deux replis accentués plus ou moins œdématiés de la muqueuse, ou une onde péristaltique immobilisée; mais on ne la retrouvera plus ou elle sera très modifiée sur d'autres clichés.

Comme c'est une région que l'on ne peut palper, dont on ne peut par conséquent apprécier ni la souplesse ni la sensibilité, on peut être assez embarrassé. Cependant, en examinant attentivement les rapports de la poche à air avec la niche, conseille R.-A. Gutmann, en refoulant la baryte vers le haut, on arrivera à aplanir cette difficulté radiologique, parfois difficile à résoudre.

2° Les niches néoplasiques.

Leur diagnostic différentiel avec la niche ulcéreuse. — C'est là le diagnostic le plus important, non seulement parce qu'il engage directement la vie du malade, mais parce qu'il est le plus difficile à faire, comme nous allons le voir.

S'agit-il d'une niche ulcéreuse bénigne ?

S'agit-il d'une niche maligne ?

Sous l'impulsion de Gutmann, on s'est attaché, ces dernières années, à préciser l'aspect radiologique différentiel des ulcères bénins, des ulcères cancérisés, des cancers ulcériformes, notamment MM. Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon et Nemours-Auguste et enfin MM. Brulé, Hillemand et A. Périer.

a) La niche.

D'après Brulé et Hillemand, *le siège* le plus fréquent de la niche cancéreuse (dans 60 p. 100 des cas) est la région pylorique, puis la petite courbure, quoiqu'il existe quelquefois des cancers sous-cardiaques, c'est dire qu'on aura moins de chance de la rencontrer sur la face postérieure, quoique, là aussi, l'ulcère soit susceptible de dégénérer.

La forme, de contour régulier et arrondi dans la niche bénigne, est irrégulière, à pans coupés, micro-lacunaires dans le cancer ulcériforme. Ainsi, certaines niches sont indiscutablement ulcéreuses; et, d'autre part, certains aspects radiologiques évoquent à eux seuls, d'après Périer, l'idée de cancer : *grosse niche triangulaire* profonde, amincie vers le haut, débordant nettement le profil gastrique, d'aspect pommelé; *niche en plateau*, longue, peu saillante, raide et constante, à fond bombé, dont le rebord réalise parfois l'image de ménisque; *niche encastrée*, limitée par un ou deux rebords saillants, avec, au fond de la dépression, une niche circulaire ou plate, ces deux derniers aspects étant rarement de grande dimension.

Mais des grumeaux de mucus, des fausses membranes, des débris alimentaires, des caillots, donnent parfois un aspect semblable à une niche bénigne; ces caractères sont alors inconstants et variables.

L'œdème de la paroi peut aussi entrer en ligne de compte pour en modifier les contours.

La taille de la niche n'a aucune importance, et R.-A. Gutmann dénie toute valeur à l'axiome des auteurs américains.

qui veut que « tout ulcère de plus de 3 centimètres soit malin ». L'augmentation rapide de la niche se voit aussi bien dans les deux cas. Elle est quelquefois plus grande dans certains ulcères que dans le cancer. Ainsi, la disproportion entre la taille et la durée du temps écoulé depuis les premiers troubles est en faveur de l'ulcère. Ceci est vrai pour les gros, mais pas pour les petits ulcères.

La teinte de la niche, homogène pour l'ulcère, est souvent tachetée et nuageuse pour le cancer, où la niche a un aspect déchiqueté, abrupt; ces modifications sont constantes pour tous les clichés de la série, et se retrouvent même augmentées à des examens ultérieurs.

b) L'image gastrique autour de l'ulcération.

Le comportement des plis de la muqueuse autour de l'ulcération est souvent invoqué comme signe de grande valeur diagnostique : convergence en étoile vers la niche bénigne, épaississement des plis au voisinage du cratère; interruption brusque dans le cancer. Ici, les plis sont irréguliers, anguleux, en tourbillon, comme taillés dans de la paraffine, jetés au hasard et enchevêtrés.

Certes, ces modifications sont importantes à signaler, mais ni constantes ni caractéristiques. Ainsi, lorsque la convergence des plis existe, c'est un appoint précieux. Mais l'arrêt des plis est un signe infidèle (R.-A. Gutmann). D'autre part, un travail tout récent de MM. R. Ledoux-Lebard, Guy Albot, Mlle G. Marquès et M. Ch. Dehay, a trait à diverses observations de cancers ulcériformes ou infiltrés, dans lesquels il existe une convergence des plis, à priori caractéristique d'ulcères.

Mêmes incertitudes en ce qui concerne les niches géantes : la niche de l'ulcère, a-t-on dit, est plus profonde que large; celle du cancer, plus large que profonde; mais l'ulcère géant, qui s'étend en largeur, sur une grande étendue de la muqueuse, et qui semble peu creusant, est lui aussi plus large que profond.

c) Situation de la niche par rapport a la paroi gastrique.

Cette notion a davantage de valeur.

La niche bénigne est en saillie, la niche maligne encastrée.

Ainsi, l'ulcère additionne son ombre à celle de l'estomac, alors que le cancer ulcéré, inscrit partiellement, encastre son ombre dans celle de l'estomac, qui l'entoure comme un croissant, c'est ce que l'on désigne sous le nom de niche à ménisque. Cette forme de « meniscus complex » a été décrite pour la première fois par Kirklin, Eustermann, qui la considèrent comme pathognomonique d'une lésion maligne; mais R.-A. Gutmann a montré que ce signe peut aussi bien être la signature d'une lésion bénigne que maligne.

De toutes récentes discussions à la Société de gastro-entérologie ont montré toute la difficulté du problème des niches dites à ménisque.

En fait, on est obligé de reconnaître que, aussi précieux que soient les signes que nous avons indiqués pour opposer les niches ulcéreuses aux niches cancéreuses, aucun d'eux n'est vraiment pathognomonique. Il nous faudra donc nous aider d'autres éléments que les seuls arguments d'ordre radiologique.

L'âge du malade peut constituer un argument. Mais l'ulcère bénin peut se rencontrer chez le vieillard, et le cancer ulcériforme chez le jeune.

L'ancienneté de la maladie est en faveur de l'ulcère; mais tout vieil ulcère peut dégénérer. Si la clinique permet, dans certains cas, très aisément la discrimination, il existe d'authentiques cancers ulcériformes, aussi bien au point de vue clinique que radiologique, cancers ayant une évolution périodique, paraissant réagir aux traitements antiulcéreux, ayant des périodes de rémission assez longues, pendant lesquelles la niche peut même diminuer de volume, comme dans une observation récente de Hillemand, Bergeret et Chérigé. Dès lors, ce caractère habituel aux ulcères gastriques ne leur est pas pathognomonique.

L'un des meilleurs éléments de diagnostic d'une grosse niche ulcéreuse ou cancéreuse est son siège.

En effet, sur la *portion verticale*, les ulcères authentiques ne deviennent pratiquement pas cancéreux, dit R.-A. Gutmann, et on a tout le temps pour essayer les traitements médicaux antiulcéreux sous contrôle radiologique.

Pour cet auteur, la diminution de la niche sous l'effet du traitement, même arrêtée en route, est la marque de l'ulcère, et lorsque le malade ne souffre plus, on peut le considérer comme guéri, avec possibilité, bien entendu, de récidives.

Dans le cancer ulcériforme, la niche, même traitée activement, ne régresse pas. Elle persiste et augmente peu à peu, sauf dans cette observation récente de Hillemand, Bergeret et Chérigié, déjà signalée plus haut, où il s'agissait d'un malade atteint d'épithélioma ulcériforme de la face postérieure, dont la niche a diminué considérablement à la suite de 18 injections de Paratyrone et 18 injections de Laristine.

Mais dans ce cas, si la niche se réduit, elle ne disparaît pas complètement. Si donc, après un traitement d'un mois et demi à deux mois, les images radiologiques n'ont pas varié, le doute doit commencer à naître. Si elles ont progressé, il faut faire une gastrectomie. Mais R.-A. Gutmann ajoute que, sur cette région, l'ulcère est bien plus fréquent que le cancer ulcériforme, *tandis que, sur la portion horizontale, l'ulcère se transforme souvent et le cancer ulcériforme n'est pas rare.*

Aussi, faudra-t-il ici exiger la disparition complète de la niche pour conclure à un ulcère.

Cependant, ceci ne nous intéresse que relativement, puisque les ulcères de la face postérieure de la portion horizontale ne sont pratiquement pas décelables par la radiologie.

En pratique, donc, *la localisation de la niche sur la portion verticale est un des meilleurs arguments en faveur de la bénignité de la lésion.* C'est pourquoi le Professeur agrégé Dubarry, avec la majorité des auteurs, est-il temporisateur pour les ulcères de la portion verticale, et systématiquement interventionniste pour les lésions de la portion horizontale.

Une seule fois, il a eu à se repentir d'une telle attitude, pour un malade dont la niche, très haut située sur le versant postérieur de la petite courbure, coïncidant avec une histoire de type ulcéreux, était, en réalité, soit un ulcus dégénéré, soit un cancer ulcériforme.

Voici cette observation résumée :

Aug..., 48 ans, ouvrier charbonnier, petit éthylique, vient consulter en mai 1942, au cours d'une troisième période de douleurs épigastriques, dont la première remontait à septembre 1941.

Première période, d'un mois, à début et fin brusques. Impression de barre rétrosternale, survenant vers 10 heures et 16 ou 17 heures, calmée par l'alimentation. Nausées, pituites. Vers 3 ou 4 heures du matin, impression de digestion non achevée. Anorexie. Nuits mauvaises.

Deuxième période, de deux mois, débutant par une crise nocturne, avec vomissements. Puis, troubles superposables à ceux de la première période. Le malade se trouve très bien entre ces périodes douloureuses.

Troisième période, actuelle (mai 1942), durant depuis trois mois. Les troubles sont un peu différents : fringale après le petit déjeuner, gêne rétrosternale. A 10 h. 30, langueur stomacale; à midi, douleurs immédiatement postprandiales, obligeant à interrompre le repas, constriction xyphoïdienne, calmée par le décubitus. Puis, langueur vers 16 ou 17 heures. Reprise des douleurs immédiatement après le repas du soir. Nuits bonnes. Depuis quelques jours, douleurs à l'omoplate droite, toute la journée et surtout la nuit après les repas.

Examen : Tension épigastrique et des muscles droits.

Radiographie. — Niche assez grosse (1 centimètre de diamètre), régulière, du versant postérieur de la petite courbure, à 2 centimètres au-dessous du cardia. Bulbe très irrégulier, possibilité d'un deuxième ulcère.

Evacuation gastrique accélérée.

Le malade est mis à un traitement antiulcéreux banal avec notamment Hista-Dimilli. Mais n'ayant pas été amélioré, il est

adressé par son médecin traitant au Docteur G. Dubourg, en vue d'intervention. Le chirurgien trouve un cancer inopérable et referme.

M. Dubarry fait alors, d'octobre à décembre 1942, deux séries d'injections de Ferriscorbone. En décembre, le malade a repris 7 kilos. Il souffre beaucoup moins qu'auparavant. Il a toujours une sensation de barre épigastrique et des digestions mauvaises. L'épigastre reste tendu et ballonné. On ne sent pas de tumeur. En mars 1943, l'état est stationnaire. Le malade souffre peu, mais il se sent faible et s'impatiente de ne pas pouvoir reprendre encore son travail et d'être à charge aux siens. Il mourra un mois après.

Soulignons ici un résultat fréquemment obtenu avec les injections de Ferriscorbone sodique dans les cancers digestifs avancés : atténuation des troubles, reprise du poids pendant plusieurs mois; fin des cancéreux beaucoup moins pénible qu'il n'est habituel.

Cette observation de tumeur sous-cardiaque montre toute la difficulté qu'il y a parfois à distinguer l'ulcus de certains cancers. Il est vrai qu'à un nouvel examen des clichés après l'intervention, on note que la niche était légèrement encastrée, et, d'autre part, si R.-A. Gutmann considère comme exceptionnelles les niches néoplasiques de la portion verticale, il admet la possibilité de cancers ulcériformes dans la portion juxta-cardiaque. Le diagnostic exact aurait donc pu être posé.

3° Niches d'autres étiologies.

Elles sont l'exception.

Les niches tuberculeuses sont, d'après G. Pannetier, le plus souvent une découverte d'autopsie.

Mais il ne faut pas oublier qu'un ulcère véritable peut exister chez un tuberculeux avéré.

Les niches syphilitiques existent-elles vraiment ? Cependant, Warthrin, en Amérique, a constaté la présence du tréponème dans un ulcus excisé, ce qui autoriserait à admettre la présence d'un ulcus syphilitique, mais cette question des

ulcères syphilitiques est très controversée. Nous n'y insisterons pas.

Le schwannome gastrique est plus intéressant à étudier. Cependant, d'après Guy Albot, H. Redon, H. Libaude, les observations en sont rares, et leur nature n'est découverte le plus souvent que la pièce opératoire en main.

Il peut réaliser à la radiographie une niche en cocarde : la niche elle-même est alors entourée d'une sorte de halo lacunaire, s'apparentant morphologiquement en quelque sorte à la niche à ménisque de face.

Les plis gastriques viennent surcroiser l'image, montrant la souplesse des parois de part et d'autre de la lacune. Le schwannome s'observe toujours sur les faces de l'estomac, à distance des courbures.

Les diverticules gastriques vrais, également exceptionnels, sur lesquels ont particulièrement insisté MM. R. Ledoux-Lebard, Hillemand et Garcia Caldéron, donnent, d'après ces auteurs, une image arrondie, en doigts de gant, à contours réguliers, à siège d'élection dans la partie toute supérieure de la portion verticale juxta-cardiaque. Il n'y a pas de modification de la muqueuse gastrique, mais cependant possibilité de convergence des plis autour du collet du diverticule. Dans l'ulcère, il y a, en général, hypertrophie des plis de la muqueuse. Akerlund insiste sur la souplesse de la paroi gastrique du voisinage, la mobilité et l'indolence du diverticule.

Cependant, il est à remarquer que ces quatre dernières étiologies sont très rares, et qu'en pratique, *en présence d'une niche de la face postérieure, les diagnostics à discuter sont : ulcère ou cancer ?*

IV. — *Gastroscopie.*

Son rôle dans la recherche et le diagnostic des ulcères de la face postérieure.

Méthode d'appoint dans le diagnostic des affections gastriques, la gastroscopie peut être quelquefois d'un grand secours

dans la découverte d'un ulcère non vu à la radiographie. MM. F. Moutier, P. Hillemand, Nemours-Auguste, ont publié un important travail se rapportant à un grand nombre d'ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie et qui furent découverts à l'endoscopie (60 sur 300). Ils insistent en particulier sur l'intérêt de cette méthode pour la découverte de certains ulcères, notamment ceux de la face postérieure fundique, de la région sous-cardiaque, et ceux des parois de l'antre.

La gastroscopie nous apportera donc, elle aussi, son concours, étant susceptible d'orienter le diagnostic dans les cas difficiles, surtout pour les ulcères gastriques géants à forme pseudo-tumorale. En effet, une lésion ulcéreuse volumineuse peut en imposer pour un cancer ulcéré et inversement.

M. Chevallier, de Lyon, a décrit un véritable syndrome gastroscopique du cancer, caractérisé par l'absence de gastrite rétractile, la rigidité, l'aspect cartonné de la muqueuse autour de l'ulcération.

Pour cet auteur, la disparition des plis, la sécheresse de la muqueuse, sa pâleur, ne s'observent jamais au contact d'un ulcère non cancéreux. Par contre, l'ulcère banal se complique souvent d'une gastrite hypertrophique, à gros plis, congestive. Le fond de l'ulcère est souvent revêtu d'une fausse membrane. Parfois, l'ulcère de la face postérieure présente des bosselures correspondant au pancréas (ces ulcères finissent le plus souvent par s'ouvrir dans cet organe). L'examen est rendu parfois difficile par l'existence d'un bourrelet périulcéreux renforcé par un œdème considérable. Il est ainsi aisé de comprendre les dimensions parfois énormes de ces ulcères : la niche répond à l'ulcère, renforcé par l'œdème des bords. Son aspect est donc variable; par contre, il ne semble pas y avoir, pour les ulcères géants, de spasmes périulcéreux, pas de grosses bourses de contraction, comme on en observe dans les ulcères de petite dimension.

L'image cavitaire peut exister sans ulcère en activité : il s'agit alors d'image par périviscérite absolument indépendante de l'ulcère.

L'ulcère peut être comblé par des exsudats fibrineux représentant l'amorce d'un processus de guérison; il s'agit alors d'un facteur favorable et non d'une disparition de la plaie, la niche pouvant brusquement réapparaître si le bouchon fibrineux se trouve balayé.

Ainsi, l'endoscopie permet de suivre l'évolution de ces ulcères.

Un examen radiologique négatif ne permet donc aucune conclusion sur la non-existence d'un ulcère. Il invite seulement à répéter les radioscopies et radiographies si les signes cliniques orientant le diagnostic persistent et s'affirment, et, si ces nouveaux examens radiologiques s'avèrent encore négatifs, à pratiquer une gastroscopie.

Malheureusement, pour aucun de nos malades, il ne nous a été possible de le faire.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Nous avons, avec MM. Ducuing et Pierre Fabre, considéré, au point de vue radiologique, deux grandes variétés d'ulcères de la face postérieure :

A. — Les ulcères du versant postérieur de la petite courbure;
B. — Les ulcères postérieurs proprement dits.

Cette distinction nous paraît d'autant plus justifiée que l'histoire clinique est différente dans ces deux catégories de faits.

En effet, comme nous le montre l'étude de nos observations, l'ulcère du versant postérieur ne se différencie en rien des autres ulcères de la petite courbure, tandis que l'ulcère postérieur vrai a une physionomie clinique assez spéciale.

Aussi, nous sommes-nous contenté, pour les observations du premier groupe, de les mettre en tableaux, où nous indiquons leurs traits essentiels. Les autres observations, méritant d'être détaillées, sont publiées *in extenso* dans la deuxième partie de ce chapitre.

Nous pourrons ainsi contribuer à établir les caractères distinctifs de ces ulcères.

A. — *ULCERES DU VERSANT POSTERIEUR DE LA PETITE COURBURE*

1° Observations personnelles.

OBSERVATION.	NOM AGE SEXE	ETUDE CLINIQUE	RADIOLOGIE	TRAITEMENT	EVOLUTION	
					CLINIQUE	RADIOLOGIQUE
I (Inédite.)	Prof. agr. DUBARRY. Mir. 53 H.	*Septembre* 1943: Depuis 3 mois, troubles dans les flancs en fin de matinée et dans l'après-midi. Melæna. Appétit conservé. Pas de vomissements. Rares pituites. Amaigrissement de 8 kilos. Nuits bonnes. Rare crise nocturne avec vomissement. Tension des muscles droits.	Grosse niche tout à fait postérieure, visible seulement en oblique, de 17 mm. × 10 mm. en demi-remplissage, au tiers moyen de la portion verticale.	Hista-Dimilli. Algipan. Pansements gastriques.	Jusqu'en janvier 1945 le malade n'a pas eu de nouvelle crise.	Pas de contrôle radiologique.
II (Déjà publiée en partie.)	Mat. 69 F.	Consultation de gastro-entérologie (Prof. agr. DUBARRY) de la Clinique médicale du Prof. R. DUPÉRIÉ. *Juin* 1943 : Souffre depuis 8 mois de crises douloureuses épigastriques régulières, survenant vers 11 et 18 heures, à type de torsion avec vomissements glaireux incolores. Amaigrissement de 16 kilos en 8 mois. A eu déjà en 1917 une période douloureuse épigastrique ayant duré 7 mois, avec hématémèse. Contracture et palpation douloureuse de la région épigastrique.	Volumineux ulcère du versant postérieur, partie moyenne, de la petite courbure, visible seulement en oblique malgré ses dimensions de 4 cm. de haut × 8 mm. de profondeur. Encoche spasmodique de la grande courbure	10 injections de Ferriscorbone (juin 1943). 2 séries de 10 (sept. oct. 1943). 15 injections (janv. 1944). 2 séries (mars 1944). 10 injections d'Hista-Dimilli (mars 1944) Algipan. Ferriscorbone (juin 1944). 16 injections (déc. 1944). Ferriscorbone (janv 1945).	Alternatives de bien-être et de douleurs Hospitalisée dans le service du Prof. DUPÉRIÉ (juin 1944 et déc. 1944). Amélioration (janv 1945).	Diminution progressive de la niche jusqu'en mars 1944. De mars à décembre 1944, la niche augmente de volume. De décembre 1944 à janvier 1945 diminution considérable de la niche par rapport aux états antérieurs.

III (Déjà publiée.)	Man. 59 F.	postprandiales, puis sans horaire fixe, avec vomissement aqueux, douleurs à type de torsion et crampes, sans irradiations. Pas de vomissements alimentaires. Anorexie, nuits bonnes. Amaigrissement de 8 kilos. A eu une période de calme de 1 mois. *Décembre* 1943 : Reprise des douleurs violentes. *Mars* 1944 : Reprise des douleurs. *Mai* 1944 : Nouvelle reprise des douleurs.	Ulcère géant du versant postérieur de la petite courbure, partie moyenne de la portion verticale.	Pansements gastriques. Hista-Dimilli. 15 injections de Ferriscorbone (déc. 1943). Ferriscorbone (mars 1944). Ferriscorbone (mai 1944).	Amélioration de 3 semaines. Amélioration. Reprise de 2 kilos. Sédation des douleurs. Disparition des douleurs non revenues depuis.	Nette diminution de la niche. Nette diminution de la niche. Disparition de toute niche le 12 août 1944.
		Prof. agr. DUBARRY.				
IV (Inédite.)	Chr. 56 H.	*Juin* 1944 : Période de 10 jours de douleurs épigastriques en barre à horaire fixe. Crise le matin, à 11 heures, plus violente 2 heures après le repas de midi. Pas de nausées ni de vomissements. Nuits bonnes sauf s'il se réveille. Tension épigastrique sans point douloureux. *Octobre* 1944 : Nouvelle période de 10 jours. *Novembre* 1944 : Nouvelle période plus douloureuse de 25 jours.	Estomac hypertonique. Bas-fond en cuvette. Liquide de stase assez abondant. Pas de trouble de l'évacuation. De face, debout, segment rétréci de la portion verticale; tache suspendue comme un pois; en décubitus dorsal, elle paraît près de la petite courbure, à son tiers inférieur.	Pansements gastriques. Hista-Dimilli. 1 série d'Hista-Dimilli (oct. 1944). 1 série d'Hista-Dimilli et pansements gastriques.	Amélioration au bout de 7 à 8 jours. Tout rentre dans l'ordre. Sédation qui persiste (mars 1945).	Debout, en oblique petite saillie punctiforme, reliquat de la niche (déc. 1944).
		Prof. agr. DUBARRY.				
V (Inédite.)	Laf. 77 H.	*Octobre* 1943 : Souffre depuis 40 ans par périodes bien tranchées, de crises quotidiennes, surtout en été, 1 à 4 périodes par an, sauf depuis 1941 où les douleurs sont constantes dans l'année. Crises nocturnes. Douleurs à type de crampes avec pituites non acides, à siège épigastrique et xyphoïdien, non transfixiantes. Anorexie. Période actuelle très violente. Epigastre tendu et très sensible.	De profil, ulcère du versant postérieur de la petite courbure sur son tiers supérieur (figure 1).	Pansements gastriques. Algipan. Ferriscorbone. Régime sévère.	Echec de l'Algipan; 6 mois plus tard, le malade est très amélioré par la Ferriscorbone. Appétit. Le malade va toujours très bien (août 1944); 1 an plus tard, le malade est décédé à la suite de gastrorragies (melæna récidivant).	Très nette diminution de la niche (avril 1944).

OBSERVATION.	NOM AGE SEXE	ETUDE CLINIQUE	RADIOLOGIE	TRAITEMENT	EVOLUTION CLINIQUE	EVOLUTION RADIOLOGIQUE
VI (Inédite.)	Tai. 37 H.	Prof. agr. DUBARRY *Septembre* 1943 : Souffre depuis 3 semaines, à l'épigastre, par crises, survenant à 11 et 17 heures, à type de rongement ou de transfixion, calmées par le décubitus. Nuits bonnes. Pas de vomissements. Rares nausées. Examen négatif	Niche de 1 cm de haut × 5 mm. de profondeur, visible de profil sur le versant postérieur de la petite courbure, en son tiers moyen.	Hista-Dimilli. Algipan. Pansements gastriques.	Nette amélioration par l'Hista-Dimilli. De temps en temps petit malaise calmé par le décubitus. *Janvier* 1945 : Toujours bien. Melæna récent probable. Mange de tout.	Pas de contrôle.
VII (Inédite.)	Fer. 58 H.	Prof. agr. DUBARRY. *Mars* 1944 : A eu deux périodes de crises douloureuses : 1° Crises ayant duré 6 mois (juillet-décembre 1943), pas quotidiennes, avec repos de 6 à 8 jours. 2° Période actuelle, dure depuis janvier; crises quotidiennes survenant vers 10 et 16 heures. Douleurs enserrant la base du thorax. Crises de l'après-midi plus intenses, calmées par le décubitus. Pituites abondantes. Appétit. Nuits bonnes. Amaigrissement.	Grosse niche visible seulement en oblique sur le versant postérieur de la petite courbure, tiers moyen de sa portion verticale.	Hista-Dimilli. Pansements gastriques. Régime.	Amélioration très nette.	Disparition de toute niche en avril 1944.
VIII (Inédite.)	Con. 52 H.	Prof. agr. DUBARRY. *Juin* 1943 : Souffre depuis 9 ans par périodes de 5 à 20 jours, 4 à 5 fois par an. Souffre toute la journée de petits malaises, surtout la nuit, vers 23 heures. Douleurs épigastriques, sans irradiations, mais gênant la parole et la respiration. Amaigrissement. La dernière crise est plus longue (2 mois) et plus violente. *Janvier* 1944 : Les douleurs reviennent.	Gros ulcère sous-cardiaque du versant postérieur de la petite courbure et ulcus du duodénum probable.	Refuse l'intervention Pansements gastriques. Régime. Algipan. 15 injections de Ferriscorbone. Nouvelle série de Ferriscorbone (mars 1944).	Echec Algipan. Amélioration très nette. Plus de douleurs. Appétit. Amélioration très nette. Depuis, le malade n'a	Nette diminution de la niche. Niche tout à fait disparue (mai 1944).

IX (Inédite.)	Arm. 26 II.	*Janvier* 1939 : Depuis 1 mois, vomit ses repas pris 2 à 3 heures auparavant. Douleurs au creux épigastrique avec irradiation à tout l'abdomen, à type de torsion. Amaigrissement de 8 kilos. Appétit. Depuis 15 jours, douleurs plus intenses. Défense des muscles droits. Point douloureux épigastrique.	En oblique antérieure droite, niche se projetant sur la petite courbure.	Hista-Dimilli.	Malade perdu de vue	
X (Inédite.)	Bos. 58 II.	Prof. agr. Dubarry. *Mai* 1942 : Depuis 1 mois 1/2, douleurs, surtout à l'épigastre, s'accentuant progressivement, et très intenses depuis 15 jours. Au début, crises vers 11 et 17 heures, crampes et brûlures, avec pituites. Bon appétit. Depuis 15 jours, souffre tout le temps, crises plus fortes et sans horaire. Vomissements bilieux et pituiteux, jamais alimentaires. Gros foie et grosse rate. Insuffisance hépatique manifeste. Déjà, en novembre 1938, hématémèses avec nausées et anorexie. Troubles digestifs : digestions mauvaises, avec vomissements alimentaires. Pyrosis. Pituites. Gros éthylique *Février* 1939 : Nouvelles hématémèses. Hospitalisation. Douleurs thoraciques de la zone cardiale, en arrière à gauche, sans horaire, et épigastrique. Examen : Tension des droits.	Niche de la dimension d'une olive sur le versant postérieur de la petite courbure (fév. 1939) Gros ulcère calleux situé sur le versant postérieur de la petite courbure, probablement perforé et bouché mai 1942).	Pansements gastriques. Hista-Dimilli Extraits hépatiques (L'intervention ne fut pas conseillée à cause de la cirrhose concomitante, peut-être responsable du melæna.)	Le malade est décédé quelque temps plus tard, ayant continué à avoir des selles goudron et sans amélioration des troubles.	
XI (Inédite.)	Gar. 63 II.	Prof. agr. Dubarry. *Novembre* 1943 : Souffre depuis 6 ans de l'hypocondre gauche, par crise survenant 2 à 3 fois par semaine, sans périodicité, vers 4 ou 5 heures de l'après-midi. Vomissements. Appétit. Pas d'anorexie. Torsions avec irradiations vers la vessie. Poids stationnaire. Douleurs provoquées para-ombilicales gauches. Clapotis épigastrique	Gros ulcère du versant postérieur de la petite courbure à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur	Pansements gastriques. Hista-Dimilli	Nette amélioration 1 mois 1/2 après. Mais, depuis, a recommencé à souffrir presque quotidiennement; gros écarts de régime. Crise atténuée par pansements gastriques (fév. 1945).	

OBSERVATION.	NOM AGE SEXE	ETUDE CLINIQUE	RADIOLOGIE	TRAITEMENT	EVOLUTION CLINIQUE	EVOLUTION RADIOLOGIQUE
		Prof. agr. D'HARTOY.				
XII (Inédite.)	Sta. 41 H.	*Janvier* 1944 : Souffre depuis 2 ans de crises douloureuses épigastriques, par périodes de 15 à 20 jours, en fin de matinée et vers 17 heures, jamais la nuit, calmées par l'alimentation et le décubitus. Vomissements. Depuis 6 mois, il souffre tout le temps, avec 2 ou 3 jours de rémission de temps en temps. Plus de vomissements. Douleurs irradiées dans le dos et la région précordiale. Appétit. Amaigrissement. Contracture épigastrique.	Bulbe irrégulier. Ulcère du versant postérieur de la petite courbure visible seulement en oblique, très haut situé.	Adressé au Prof. PAPIN en vue d'intervention, le malade, ouvrier agricole n'étant pas en mesure de se soigner médicalement.	A l'intervention : ulcère calleux postérieur très haut situé. A son niveau la petite courbure est rétractée et enroulée autour de l'ulcère. Adhérences au côlon et au foie. Pylorogastrectomie de droite à gauche. On garde seulement une gouttière gastrique. Anastomose à la Polya. Suites opératoires bonnes. Phlébite.	
		Prof. agr. DUBARRY.				
XIII (Inédite.)	Dub. 72 F.	*Décembre* 1943 : Souffre de l'estomac depuis 30 ans, par périodes de 1 à 3 mois, de douleurs quotidiennes, avec de longs intervalles de rémission. Crises vers 10 et 15 heures et en fin d'après-midi. Nuits bonnes. Siège épigastrique, brûlure ou étau constricteur, irradiations vers la région précordiale, le dos, l'abdomen. Pas de nausées ni de vomissements.	Encoche spasmodique de la grande courbure. Niche du versant postérieur de la petite courbure en son tiers inférieur.	Pansements gastriques. Algipan. Hista-Dimilli. Régime. Ferriscorbone.	Echec à l'Algipan. Grosse amélioration par la Ferriscorbone pendant 1 an. Depuis, quelques crises; malade ne suivant pas de régime ni sérieux traitement.	Pas de contrôle radiographique ultérieur.
		Service du Prof. DUPÉRIÉ (Hôpital Saint-André).				
XIV (Inédite.)	Laf. 50 H.	*Juillet* 1940 : Crises gastriques douloureuses avec vomissements : 1re Crise il y a 1 an : douleur à type de pesanteur avec irradiations dans le dos et les épaules; dure 3 mois; anorexie; amaigrissement de 7 kilos. 2e Crise dure depuis 8 jours : hématémèses; pas de point douloureux. Le lendemain de son hospitalisation		*Intervention :* On enlève un ulcère rond siégeant au versant postérieur de la petite courbure.		

XV (Déjà publiée.)	Boi. 70 F.	*Mars* 1943 : Depuis 25 ans, douleurs nocturnes du flanc droit de temps en temps. Cures à Vichy. Amélioration. Depuis décembre 1942, anorexie, pesanteur gastrique quotidienne, nausées en fin de matinée et après midi. Nuits bonnes. Amaigrissement de 15 kilos. Appétit. Examen clinique négatif.	Niche sur le versant postérieur de la petite courbure, visible seulement de profil, au tiers inférieur de la portion verticale.	Hista-Dimilli.	Amélioration; reprise de 2 kilos; 10 mois après, le malade se sent très bien. *Février* 1945 : La malade n'a jamais rien ressenti depuis le début du traitement. Ne suit aucun régime.	Niche complètement disparue.
		Prof. agr. DUBARRY.				
XVI (Déjà publiée.)	Duv. 78 F.	*Décembre* 1943 : Depuis juin 1942, 3 périodes de crises douloureuses épigastriques, durant 1 semaine, séparées par accalmie de plusieurs mois. Douleurs xyphoïdiennes, irradiations bilatérales en broche, en fin de matinée, de 5 à 10 minutes, avec pituites acides, et, 1 heure après le repas de midi de durée plus longue, calmées par le décubitus. Douleurs de la région épigastrique, clapotis, tension du grand droit du côté droit.	Grosse niche du versant postérieur de la petite courbure, difficile à voir, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.	Hista-Dimilli. Pansements gastriques. Algipan. Régime.	Amélioration parfaite en 2 mois. N'a plus souffert jusqu'en fév. 1945.	Disparition de la niche (fév. 1945)
		Prof. agr. DUBARRY.				
XVII (Déjà publiée.)	Mau. 63 H.	*Août* 1944 : Depuis 1 mois, douleurs quotidiennes épigastriques, de plus en plus violentes : à 9 heures, de 14 à 15 heures, de 18 à 19 heures, à type de brûlure et picotement, calmées par le décubitus et l'alimentation. Tuberculose fibreuse ancienne. Amaigrissement de 4 kilos. Tension de la région épigastrique.	Grosse niche du versant postérieur de la petite courbure, union tiers supérieur et tiers moyen.	Alcalins. Pas d'histamine à cause de la tuberculose pulmonaire concomitante.	Amélioration très nette en 20 jours.	Pas de contrôle radiologique ultérieur.

OBSERVATION.	NOM AGE SEXE	ETUDE CLINIQUE	RADIOLOGIE	TRAITEMENT	EVOLUTION CLINIQUE	EVOLUTION RADIOLOGIQUE
XVIII (Inédite.)	Ber. 57 H.	Prof. agr. DUBARRY. *Juin* 1944 : Depuis fin mai, malaises, langueurs quotidiennes, sous le rebord costal gauche: le matin, vers 10 heures; l'après-midi, vers 16 ou 17 heures. Appétit. Nuits bonnes. Pas de point douloureux. Tension épigastrique. *Décembre* 1944 : A été bien pendant 3 ans 1/2. Petits malaises disparaissant avec Hista-Dimilli. Depuis 1 mois, souffre de brûlures épigastriques et précordiales, sans horaire, survenant jour et nuit, calmées par aliments et décubitus, sur le côté gauche. Vomissements aqueux. Amaigrissement de 5 à 6 kilos. Anorexie. Asthénie. Tension épigastrique. *Janvier* 1945 : Depuis 1 semaine, pituites, pyrosis. Pas de vomissements alimentaires. Tension épigastrique.	Niche ulcéreuse de la petite courbure, partie inférieure, portion verticale. Hypotonie gastrique. Hyperkinésie. Très grosse niche du versant postérieur de la petite courbure (déc. 1944) (fig. 2).	Hista-Dimilli. Pansements gastriques. Algipan. 10 injections de Ferriscorbone (déc. 1944-janv. 1945). 10 injections de Ferriscorbone.	Disparition des troubles en 5 ou 6 jours. Echec Algipan. Grand soulagement à partir de la 10e injection de Ferriscorbone. Ne souffre plus (janv. 1945).	Très nette diminution de la niche (janv. 1945).
XIX (Inédite.)	Les. 68 F.	Prof. agr. DUBARRY. *Mars* 1944 : Souffre de l'estomac depuis 1914. Laparotomie (Prof JEANNENEY, déc. 1942) : Périduodénite intense. Section d'adhérences. On ne découvre pas d'ulcère. Amélioration temporaire. Nouvelle période de 3 mois depuis mars 1943. Depuis octobre 1943, souffre sans arrêt : 1re crise entre 9 h. 30 et 10 h. 30; 2e crise entre 14 h. 30 et 17 h.; 3e crise entre 22 heures et minuit. Calmée par alimentation et poudres. Vomissements pituiteux et alimentaires. Poids stationnaire. Tension et point douloureux épigastriques.	Niche du versant postérieur de la petite courbure, unissant tiers moyen et tiers supérieur. Douleur très vive et élective. Grosse encoche spasmodique de la grande courbure.	Pansements gastriques. Algipan. Hista-Dimilli. Génatropine. Ferriscorbone. Régime.	Souffre toujours (juil. 1944). Gastrectomie conseillée. La malade a hésité à se faire réopérer vu que le traitement lui a apporté un certain soulagement (mars 1945).	

Fig. 1. — Calque de radiographie prise debout de profil. Niche du versant postérieur de la petite courbure. A noter l'enroulement de la face postérieure de l'estomac autour de l'ulcère.
(Radiographie pas assez contrastée pour être reproduite.)

Fig. 2. — Aspect de niche du versant postérieur de la petite courbure vue en O. A. D. Tendance à la sténose médiogastrique.

2° Commentaires de nos 19 observations.

Comme le montre l'étude de nos divers malades, ces ulcères présentent une évolution essentiellement cyclique, comparable à celle des autres ulcères de la petite courbure, avec des poussées douloureuses successives et des périodes intercalaires de rémission totale. La durée des poussées douloureuses est variable, de quelques jours à plusieurs mois. Elle ne semble jamais dépasser six mois, au début du moins. De même, les périodes de rémission totale sont variables, de quelques semaines à plusieurs années.

Le première crise elle-même peut surprendre le sujet en pleine santé apparente, ou n'être que l'aboutissant de troubles dyspeptiques préexistants, ce qui est assez rare.

Dans les cas typiques, il s'agit d'un syndrome douloureux épigastrique, rythmé par les repas, à horaire fixe, tardif ou semi-tardif, selon les malades. A type de brûlures, torsion, crampes, pesanteur; chez un quart des malades, cette douleur peut être vraiment intense, ayant nécessité une fois la morphine.

Les irradiations ne sont pas fréquentes. Dans un tiers des cas, la douleur se propage soit en demi-ceinture dans le dos, soit dans l'épaule, une fois même dans le bras et les doigts de la main gauche, prenant le type pseudo-angineux; soit vers l'abdomen et la vessie, soit en ceinture, enserrant la base du thorax; enfin, elle est transfixiante chez 3 de nos malades (obs. V, X, XVI), pourcentage faible, par rapport à ce qu'on était en droit d'attendre, étant donné le siège postérieur de la lésion.

Les crises sont, en général, diurnes. Trois fois seulement nous avons rencontré des crises nocturnes. Le plus souvent, elles sont calmées par la prise d'une poudre ou d'aliments. Le décubitus a, habituellement, un effet sédatif remarquable, ce qui explique, sans doute, que la majorité de nos malades ont des nuits bonnes. Les vomissements sont peu fréquents; nous les avons rencontrés dans la moitié des cas à peine,

plus souvent glaireux qu'alimentaires. Les complications sembleraient rares, puisque nous n'avons jamais eu de perforation ni de cancérisation, et que les hémorragies sont peu fréquentes : 2 malades ont eu des hématémèses, 2 du melæna. Chez l'un d'eux (obs. X), la radiographie avait fait porter le diagnostic d'ulcère perforé-bouché probable. Très gros éthylique, il avait été hospitalisé en 1939 dans le service du Professeur Dupérié, pendant près de trois mois, à la suite d'hématémèses à répétition, ayant amené une anémie grave : 1.900.000 globules rouges. Si le malade ne fut pas opéré, malgré cette forme hémorragique et la constatation d'une niche ulcéreuse de la grosseur d'une olive, c'était parce qu'il avait un état de précirrhose éthylique, avec épreuves du fonctionnement hépatique (galactose et benzoate de soude) franchement mauvaises.

Ce malade a été revu par le Professeur agrégé Dubarry, le 2 juin 1942, au cours d'une période extrêmement douloureuse. Il ne paraissait pas fortement anémique. Sa dernière selle seule alors était noire. Des vomissements récents n'avaient pas été sanglants. Le malade était très fatigué, et l'idée d'une intervention ne fut pas discutée. Il s'est éteint neuf jours après, sans amélioration des douleurs, et ne pouvant manger, les selles qui ont suivi l'examen du 2 juin ayant continué à être sanglantes.

S'il est possible que l'hémorragie ait contribué à la mort de ce malade, il ne s'agissait pas d'un de ces ulcères hémorragiques nécessitant transfusion et gastrectomie d'urgence, ce qui avait été fait dans un autre cas (obs. XIV); il n'est même pas certain que le melæna soit dû plutôt à l'ulcère qu'à la cirrhose.

L'examen abdominal de nos malades est souvent négatif. Dans la moitié des cas, nous avons rencontré de la tension épigastrique; dans 2 cas seulement, du clapotement gastrique. Quelquefois, on constate un point douloureux à la pression de la région cœliaque.

Au point de vue des signes généraux, il est à noter que, le

plus souvent, l'appétit est longtemps conservé; dans un quart des cas cependant il y a de l'anorexie, rarement élective, et survenant après quelques années d'évolution ulcéreuse.

Mais un signe fréquent (60 p. 100 des cas) et important, pensons-nous, est un amaigrissement rapide, et parfois considérable, de l'ordre de 10 à 15 kilos en quelques mois, évoquant alors l'idée d'un cancer, d'autant qu'il s'agit le plus souvent, dans ces cas, de sujets d'un certain âge (12 malades de plus de 50 ans sur 16 malades très amaigris).

Comme on le voit, il n'y a pas de différences cliniques entre les ulcères du versant postérieur de la petite courbure et ceux qui siègent au niveau même de cette petite courbure.

En pratique, leur seule différence est radiologique : alors que les ulcères habituels de la petite courbure sont visibles à des examens radiologiques « standards » uniquement pratiqués de face, et sans étude des plis de la muqueuse, ceux du versant postérieur que nous retenons dans notre étude nécessitent un examen radiologique plus minutieux, puisqu'ils n'empiètent pas sur la petite courbure en position frontale. Par contre, à notre avis, ils se distinguent uniquement des ulcères de la face postérieure proprement dits.

B. — *ULCERES DE LA FACE POSTERIEURE PROPREMENT DITS*

1° Nos observations personnelles.

Observation XX (Inédite).

(Prof. agr. Dubarry.)

Mis..., 43 ans, ouvrier agricole polonais. Vient consulter en novembre 1943, parce que, depuis sept mois, il souffre de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, du flanc gauche et de la région précordiale, presque chaque jour.

Les crises ont lieu toujours vers les mêmes heures. Au réveil, il a une petite fringale. Deuxième crise un peu plus forte vers 9 h. 30, durant environ une heure, calmée par une poudre ou les aliments. Bon appétit aux repas, sans intolérance élective.

Troisième crise vers 16 heures, parfois plus tôt. Quelquefois, crise nocturne vers 22 heures ou 2 heures du matin et durant jusque vers 4 heures. Les douleurs sont surtout localisées à gauche. Il y a clapotis ou gargouillement de l'estomac. Pas d'irradiations postérieures. Selles normales. Les éructations sont rares, mais soulagent le malade.

Amaigrissement de 14 kilos en sept mois.

Jamais de nausées ni de vomissements.

Antécédents. — Gros fumeur. Gros buveur (3 à 4 litres de vin). Actuellement, ne boit plus.

Radiographie. — Très gros ulcère de la face postérieure au tiers moyen de la portion verticale.

Traitement. — Ilista-Dimilli. Pansements gastriques. Régime. Le malade est très amélioré par le traitement; cette amélioration persiste jusqu'en janvier 1945, nous écrit son médecin, quoique le malade ne suive pas de régime et se soigne seul par des poudres.

Observation XXI (Inédite).

(Consultation de gastro-entérologie [Prof. agr. J. Dubarry] de la Clinique médicale du Prof. R. Dupérié.)

Osm..., 35 ans, ébéniste. Vient consulter en septembre 1944 parce qu'il souffre depuis huit jours de crises douloureuses épigastriques quotidiennes apparaissant une heure environ après les repas. Douleurs à type de torsion avec ballonnement postprandial, surtout calmées par le décubitus. Pas de nausées ni de vomissements Eructations et émissions de gaz par l'anus nombreuses. Selles normales. Sujet éthylique.

Examen. — Langue propre. Tension du muscle grand droit du côté droit, et de l'épigastre. Pas de gargouillement.

Radiographie. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac à égale distance des deux courbures.

Traitement. — Belladone et pansements gastriques.

Le malade est revu quelques jours plus tard, très amélioré, avec des crises beaucoup moins vives.

Observation XXII (Inédite).

(Consultation de gastro-entérologie.)

Mme Val..., 40 ans. Vient consulter en mai 1942, parce qu'il y a trois semaines, en courant, elle a ressenti une douleur au creux épigastrique, qui a duré trois à quatre heures, a disparu pendant deux heures, et a réapparu spontanément. Cette douleur n'a pas d'irradiations.

Pas de vomissements. Légère constipation.

Depuis, les crises ont lieu tous les jours entre 9 et 11 heures le matin, et 15 à 17 heures l'après-midi. Pas de crise nocturne.

Examen. — Pas de tension épigastrique ni de gargouillement. La pression de la région du flanc gauche détermine une douleur xyphoïdienne.

Radiographie. — Petit ulcère de la face postérieure de l'estomac à la partie moyenne de la portion verticale, uniquement visible à la compression (Dr Caillon).

Traitement. — Hista-Dimilli. Poudres et antispasmodiques.

La malade, nous écrit son médecin, a été très améliorée pendant plus d'un an, puis a été perdue de vue.

Observation XXIII (Inédite).

(Prof. agr. Dubarry.)

Cardio-spasme par ulcère de la face postérieure cliniquement latent.

Ouv..., 49 ans. Vient consulter en octobre 1943, parce que, depuis sept ou huit ans, il souffre de dysphagie. Au début, les troubles survenaient de temps en temps, mais, depuis quelques jours, à

tous les repas. Et à la moindre bouchée qu'il ingère il est en proie à une gêne prolongée xyphoïdienne.

Aucun autre trouble. Pas d'amaigrissement. Bon état général.

Radiographie. — Examen négatif, sauf de profil debout. Dans cette position, on voit une large niche, peu saillante, dans la région sous-cardiaque de la face postérieure.

Traitement. — Hista-Dimilli. Titane.

Les troubles disparaissent dans les trois ou quatre premiers jours suivant le début du traitement.

Mais le malade revient consulter en février 1944, parce que, pendant deux ou trois jours, le matin et la nuit, il a ressenti une petite douleur épigastrique, jamais éprouvée auparavant ni depuis.

Un nouvel examen radiographique (févr. 1944) montre, à cette époque, la disparition presque totale de la niche de la région sous-cardiaque. Cependant, on note un petit spasme du cardia, durant quelques secondes, pendant le passage d'une gorgée de baryte.

M. J. Dubarry donna alors à ce malade un traitement antispasmodique, et, en décembre 1944, la disparition des troubles était complète, avec cependant de petits malaises soit avant, soit une à deux heures après les repas. Nuits bonnes.

Observation XXIV (Inédite).

(Service du Prof. Dupérié, Hôpital Saint-André.)

Mme Hou..., 67 ans, cuisinière, est hospitalisée en novembre 1943 pour crises gastriques remontant à six mois. Les cinq premiers mois, la malade eut de la faim douloureuse uniquement nocturne, l'obligeant à absorber quelques aliments, qui la calment aussitôt. Ce phénomène se reproduisait toutes les nuits. Mais depuis un mois l'aspect des malaises a changé. Les crises douloureuses sont devenues diurnes, rythmées par les repas, précoces, survenant une à deux heures après manger; elles sont à type de brûlure, localisées à l'hypocondre gauche, sans irradiations, non calmées par les aliments, qui provoquent des vomissements.

Seuls le décubitus dorsal et la chaleur ont un effet sédatif.

Fig. 3. — Debout de face. Niche de la face postérieure vue de face par transparence après évacuation particlle de l'estomac.

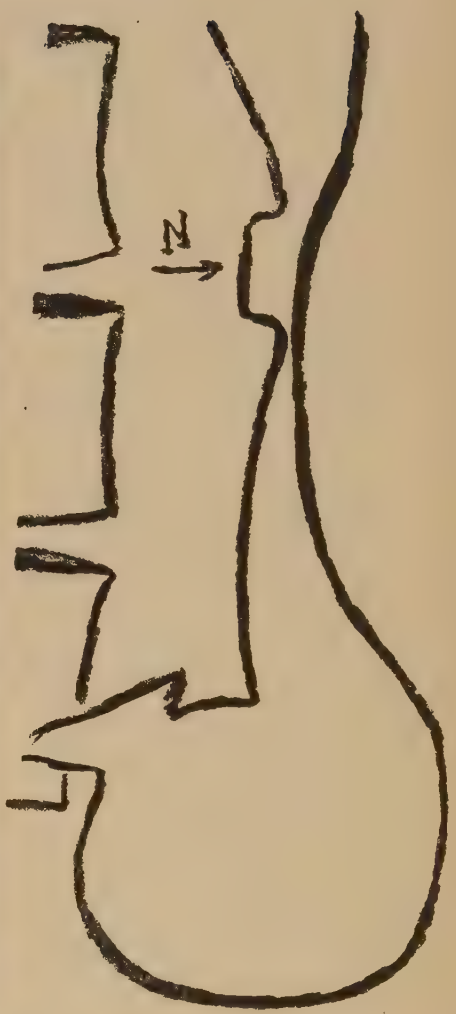

Fig. 4. — Même malade, debout de profil. (Calque de radiographie, le cliché étant insuffisamment contrasté pour être reproduit.)

Les crises sont également nocturnes, remplaçant la sensation de faim, avec vomissements. Anorexie non élective. Pas d'hématémèse ni melæna. Amaigrissement et perte des forces rapides et importants.

A noter comme antécédents que cette malade a été opérée il y a onze ans d'un cancer du sein par le Professeur Chavannaz.

Examen. — Pas de point douloureux abdominal.

Radiographie (nov. 1943). — Gros ulcère de la face postérieure de l'estomac, visible de profil et de face après évacuation partielle (V. fig. 3 et 4).

Traitement. — Ilista-Dimilli, 2 séries.

Deux mois plus tard, les douleurs épigastriques ont beaucoup diminué. Mais la malade vomit encore parfois.

Un nouvel examen radiographique (déc. 1943) montre que la niche semble avoir considérablement diminué de volume, sinon complètement disparu.

Observation XXV (Déjà publiée en partie).

(Service du Prof. Dupérié, Hôpital Saint-André.)

Mme Aut..., 70 ans, hospitalisée dans le service de M. le Professeur Dupérié en octobre 1942, pour des crises épigastriques remontant à six mois, progressives et actuellement intensément douloureuses, mais cédant peu à peu à la position couchée ou à l'ingestion d'un liquide chaud. Elles reviennent deux ou trois fois par jour sans horaire précis. L'apparition de ces douleurs a coïncidé avec la disparition de crises d'asthme remontant à six ans. Examen négatif en dehors d'un léger signe de Murphy en décubitus latéral gauche. Mauvais état général; poids, 38 kilos.

Examen du liquide gastrique :

Acidité libre, 1,095;
Acidité-fermentation, 0,621;
Acidité combinée, 0,182;
Acidité totale, 1,898.

En octobre 1942, radiologiquement (fig. 5) : d'une part, grosse niche de la face postérieure, déterminant une biloculation gastrique, avec plis froncés de part et d'autre de la niche; d'autre part, vésicule exclue (après tétraïode, méthode de Sandström).

Traitement : Histamine et pansements gastriques n'atténuant que passagèrement la douleur; la niche persiste, la biloculation s'accentue.

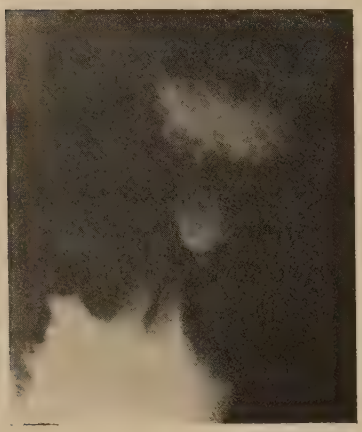

Fig. 5. — Niche de la face postérieure vue de face par transparence. Avant le traitement.

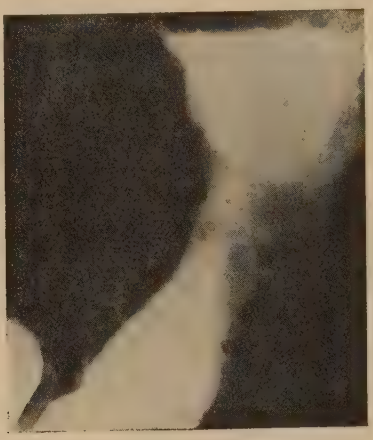

Fig. 6. — Après le traitement à la Ferriscorbone.

Trois séries de Ferriscorbone, de janvier 1943 à janvier 1944, font disparaître les douleurs, amènent une reprise globale de poids de 8 kilos, un disparition complète de la niche (mars 1944) avec persistance d'une certaine biloculation (fig. 6).

Observation XXVI (Déjà publiée en partie).

(Prof. agr. Dubarry.)

Ber..., 63 ans. Vient consulter en novembre 1942, parce qu'il souffre de crises douloureuses épigastriques très violentes, par périodes, laissant entre elles le malade bien portant.

Première période, 1934 : Crises intolérables, survenant plusieurs fois dans la journée, à siège épigastrique, irradiées à l'épaule gauche, et suivant le bras jusqu'aux doigts. Pas de nausées ni de vomissements. Cette crise dure dix-huit mois et occasionne un amaigrissement de 15 kilos.

Deuxième période, actuelle : Dure depuis mars 1942 (huit mois). Crises survenant à 11 et 16 heures, à type de brûlures épigastriques

Fig. 7. — Ulcère géant de la face postérieure, vu de profil. A noter les irrégularités (I) du bas-fond tubérositaire. (Calque de radiographie semi-schématique.)

intolérables. Pas de nausées ni de vomissements. Nuits bonnes. Amaigrissement de 12 kilos en huit mois. Depuis quelques jours, pituites et sensation de doigts morts.

Antécédents. — Très gros éthylique ancien. Gros fumeur, gros mangeur.

Examen négatif.

Radiographie. — Gros ulcère de la face postérieure de l'estomac juxta-cardiaque (fig. 7).

Traitement. — Hista-Dimilli. Algipan.

Peu d'amélioration; et, de novembre à décembre 1942, la niche a doublé de volume. Cependant, le malade a pris 1 kg. 500. Redoutant une tumeur, le Professeur agrégé Dubarry conseille l'intervention, que le malade refuse obstinément.

On fait alors un traitement par les Ferriscorbones qui fait rapidement disparaître toute douleur. Mais la niche était aussi grosse en février 1943. L'intervention étant encore refusée, le malade reçoit deux nouvelles séries de 10 injections de Ferriscorbone.

Le malade est revu en janvier 1945. Il va très bien. Il mange de tout, fume beaucoup, et ne souffre pas. Récemment cependant, une petite crise a nécessité des injections d'Algipan, qui l'ont calmée. Il se refuse à tout nouvel examen radiologique.

Observation XXVII (Déjà publiée).

(Prof. agr. Dubarry.)

Mme Cri..., 70 ans, est vue en consultation en décembre 1943, parce que, depuis quinze jours, elle souffre violemment de l'estomac en vomissant une heure après toute prise d'aliments, même légère. Constipation spasmodique. Ces douleurs étaient telles que la malade avait cessé toute alimentation. Elle était très déshydratée, très fatiguée.

Examen clinique négatif, mais *radiologiquement :* grosse niche de 25 mm. × 7 mm. *sur la face postérieure de l'estomac*, au tiers inférieur de la portion verticale (fig. 8).

Le traitement (Algipan puis Histamine et pansements gastriques) amène une disparition des troubles douloureux dès la troisième injection; mais la constipation persiste. Une radiographie de contrôle, quatre mois après, révèle une disparition presque complète de sa niche. Persiste seule une légère irrégularité sur son emplacement.

2° Commentaires de nos 8 observations.

L'étude analytique de nos 8 observations nous permet les réflexions suivantes : la première crise ulcéreuse est dans la moitié des cas très longue, de six à dix-huit mois, pas toujours très douloureuse et pouvant affecter gravement l'état général (obs. XXIV, XXV, XXVI et XXVII).

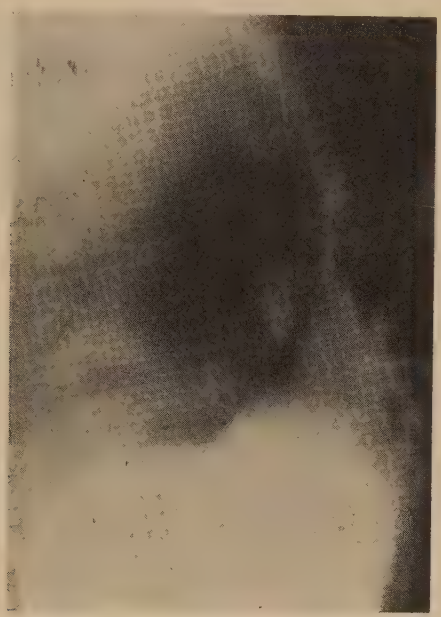

Fig. 8. — Debout de profil.

Six de nos malades n'ont présenté ainsi qu'une seule phase douloureuse jusqu'à maintenant. Cependant, la périodicité peut se rencontrer, comme dans l'ulcère de la petite courbure. Les périodes de calme peuvent être longues, puisqu'un de nos malades (obs. XXVI) a vu s'écouler huit ans entre les deux crises.

L'horaire des crises n'est pas toujours fixe. Si tous nos malades souffrent plus ou moins tardivement après leur repas,

soit une heure après (obs. XXI, XXIV et XXVII), soit un peu plus tardivement, trois ou quatre heures après (obs. XX, XXII et XXVI), ils n'ont pas tous, du moins au début, la « journée gastrique typique de l'ulcéreux », et certains (obs. XXI, XXII et XXV) ont des crises échelonnées sur toute la journée, avec une à deux heures de sédation entre elles.

Trois de nos malades seulement nous ont signalé des crises nocturnes; chez l'un d'eux (obs. XX), ces crises sont rares, survenant deux à trois heures après le repas du soir. Un autre (obs. XXIII), atteint de cardio-spasme, a eu, pendant deux ou trois nuits, des douleurs épigastriques, jamais ressenties auparavant, ni depuis lors. Chez le troisième malade (obs. XXIV), le syndrome ulcéreux a débuté par une faim douloureuse nocturne, se reproduisant régulièrement pendant cinq mois; le sixième mois, se sont installées des douleurs épigastriques nocturnes et diurnes.

Les douleurs elles-mêmes sont, le plus souvent, sans caractères particuliers; cependant, elles peuvent prendre le type de torsion épigastrique (obs. XXI), de faim douloureuse (obs. XXIV), de brûlures (obs. XXVI).

Leur siège est toujours épigastrique; les irradiations sont rares. Un malade (obs. XX) accuse une propagation vers le flanc gauche et la région précordiale. Un autre (obs. XXVI) vers l'épaule gauche, le bras et les doigts de la main gauche, à type pseudo-angineux. Fait remarquable, chez aucun il n'y a d'irradiations postérieures « en broche ». Les troubles ne sont pas particulièrement intenses la plupart du temps. Deux malades seulement ont attiré notre attention sur l'acuité de leurs douleurs. L'un d'eux (obs. XXV) souffrait progressivement depuis six mois, et d'une façon intense, au moment du premier examen. L'autre (obs. XXVI) est un vieil ulcéreux se plaignant de crises intolérables.

Nos malades réussissent en général à calmer leurs crises par divers artifices, que ce soient les poudres ou les aliments (obs. XX, XXIV et XXVI), un liquide chaud (obs. XXV), le décubitus (obs. XXI, XXIV et XXV). Les poudres n'ont aucun effet chez un seul (obs. XXI).

Les nausées et vomissements sont rares. Ils sont signalés seulement dans 2 cas (obs. XXIV et XXVII). L'appétit est longtemps conservé. L'anorexie est rare (obs. XXIV et XXVII).

Parmi ces observations ne figure qu'un seul ulcère juxta-cardiaque, à symptomatologie tout à fait spéciale (obs. XXIII). Il s'agissait d'un malade faisant du cardiospasme; c'est un examen radiologique très minutieux, avec notamment de nombreux clichés faits en position de Trendelenburg, qui a permis de mettre en évidence, sur des films pris de profil, l'existence d'une niche assez grosse, immédiatement au-dessous du cardia. On ne trouvait par ailleurs aucune symptomatologie ulcéreuse. Les crises de cardiospasme étaient intermittentes, apériodiques, provoquées par les liquides plus que par les solides. La disparition des troubles, très rapidement à la suite d'un traitement antiulcéreux d'épreuve, et celle de la niche, après des examens radiologiques de contrôle, ont permis à M. J. Dubarry d'affirmer rétrospectivement l'ulcère qu'il n'avait osé que soupçonner à son premier examen.

Comme dans les ulcères du versant postérieur de la petite courbure, l'amaigrissement, signalé dans la moitié des cas, est souvent important, de l'ordre de 10 à 15 kilos, avec perte des forces et mauvais état général (obs. XX, XXIV, XXV, XXVI et XXVII). C'est ici que le diagnostic avec le cancer peut être délicat, surtout lorsqu'il s'agit d'une niche géante, et, devant ce problème angoissant, le Professeur agrégé Dubarry avait jugé bon de conseiller l'intervention à un de nos malades (obs. XXVI). C'est sur le refus formel de ce dernier qu'il s'est contenté des traitements médicaux. Maintenant, après un recul de deux ans, nous pouvons affirmer la bénignité de la lésion.

L'examen abdominal est le plus souvent négatif. Quelquefois, on note : une tension épigastrique (obs. XXI et XXII), du clapotement gastrique (obs. XX) et un point douloureux xyphoïdien (obs. XXII).

Enfin, nous n'avons jamais observé de complications : pas

de gastrorragies cliniquement décelables, ni de cancérisation, ni de perforation. Nous manquons de recul, et nous ne pouvons nous fonder que sur un nombre trop restreint de cas pour en déduire que ces complications sont exceptionnelles.

Rappelons que Mondor a justement, dans son livre classique des *Diagnostics urgents de l'abdomen*, décrit magistralement le tableau clinique de la perforation de ces ulcères postérieurs. Elle a, en effet, une physionomie tout à fait spéciale, qui peut égarer le clinicien non averti de ces faits.

« La perforation postérieure peut être soupçonnée avant l'intervention. Mais, le plus souvent, elle n'est découverte qu'après de minutieuses recherches.

» A part la douleur initiale atroce, les meilleurs signes sont : la douleur provoquée et la contracture sus-ombilicale; le ballonnement épigastrique précoce, surtout marqué à gauche », écrit Mondor.

Telles sont les données cliniques que l'étude analytique de nos observations d'ulcus de la face postérieure proprement dits nous a permis de mettre en évidence; en somme : évolution non périodique, crises douloureuses le plus souvent sans horaire fixe, douleurs pas très intenses, sans irradiations postérieures, du moins dans nos 8 observations.

Les autres symptômes sont à peu près les mêmes pour les deux catégories d'ulcères postérieurs que nous avons envisagées; ainsi, dans les deux ordres de faits, nous avons observé un amaigrissement rapide et important, n'allant pas toujours de pair avec l'anorexie, mais permettant de parler d'une forme pseudo-néoplasique.

Par certains points donc, la symptomatologie de l'ulcère de la face postérieure proprement dit est différente de celle de l'ulcère du versant postérieur de la petite courbure, et du syndrome ulcéreux en général. Aussi, sommes-nous étonné que les divers auteurs qui les ont étudiés n'aient pas noté, en particulier, cette évolution assez différente dans les deux catégories d'ulcères, évolution qui est, à notre avis, le caractère fondamental permettant de séparer nettement, au

point de vue clinique, les deux formes d'ulcères postérieurs. Aucun des auteurs en effet, même pas MM. Ducuing et P. Fabre, ou A. Bernard, qui ont fait la distinction anatomo-radiologique, n'a fait cette distinction sur le plan clinique.

Voyons donc l'opinion des divers auteurs qui ont étudié les ulcères postérieurs de l'estomac.

Pour Gaston Durand, une telle localisation ne se signale pas par des signes évolutifs évocateurs, de nature à orienter les recherches radiologiques. Pour R.-A. Gutmann, l'ulcère postérieur se traduit par un syndrome ulcéreux qui, très rapidement, prend l'allure clinique de l'ulcus de la petite courbure (c'est ce que nous admettons pour l'ulcère du versant postérieur de la petite courbure, non pour l'ulcère postérieur proprement dit). Les douleurs peuvent y acquérir, pour l'auteur, une extrême acuité (nous ne l'avons observé que 3 fois).

Pour Jean Duval, ce qui caractérise l'ulcère postérieur, c'est qu'après une phase prémonitoire de douleurs « d'hyperchlorhydrie », qui surviennent deux à trois heures après les repas, apparaissent des crises douloureuses extrêmement vives, rappelant celles que l'on observe dans le tabes, l'aortite abdominale, le cancer du corps du pancréas, en somme des crises solaires, survenant sans aucune régularité, aussi bien le jour que la nuit. Elles peuvent être si intenses que le malade a recours à la morphine pour se calmer.

Pour Ducuing et P. Fabre également, ce qui est assez habituel, c'est l'évolution en deux temps, caractérisée par un début présentant le type ulcéreux avec phases de rémission; puis, par une phase tardive, pendant laquelle la douleur affecte le type continu des périviscérites sans accalmie. C'est aussi l'avis de A. Bernard. Nous avons cru retrouver cette évolution en deux temps chez 4 de nos malades (obs. X, XII, XVIII et XIX), présentant tous un ulcère du versant postérieur de la petite courbure.

L'un d'eux (obs. X) a un ulcère datant d'au moins quatre ans; il a eu plusieurs crises, notamment en 1938, 1939, avec

hématémèses abondantes, ayant nécessité son hospitalisation. Au moment de la consultation, une nouvelle crise dure depuis un mois et demi, à horaire fixe au début. Mais depuis quinze jours il souffre tout le temps, par crises plus fortes, et un examen radiographique fait conclure à un ulcère perforé-bouché probable.

Un autre malade (obs. XII) souffre depuis deux ans, par périodes de quinze à vingt jours, à horaire fixe. Mais depuis six mois, il souffre tout le temps avec seulement deux ou trois jours de calme de loin en loin.

Un troisième (obs. XVIII) a eu au début des crises périodiques, mais, après trois ans et demi de calme, il souffre depuis un mois sans horaire, jour et nuit.

Notre quatrième malade (obs. XIX) a une vieille histoire ulcéreuse périodique remontant à près de trente ans, à douleurs quotidiennes depuis quelques mois, à horaire fixe, jour et nuit, que les traitements médicaux n'ont pu améliorer.

Par contre, aucun de nos ulcères postérieurs proprement dits n'a présenté cette évolution en deux temps. Peut-être parce qu'ils entrent d'emblée dans la seconde phase observée pour les ulcères du versant postérieur de la petite courbure.

L'intensité des douleurs peut s'expliquer, comme le notent d'ailleurs divers auteurs, par le fait que très rapidement l'ulcère postérieur détermine un syndrome solaire, et que bientôt se forment des adhérences qui fixent la paroi gastrique à toute la région pancréatique et sous-pancréatique et même au foie et à la rate, comme dans le cas de G. Chavannaz et A. Chenut. Il se produit, comme Jean Duval l'a constaté, une véritable symphyse gastro-cœliaque. Dans nos observations du moins, cette douleur si intense, à type solaire, est loin d'être constante : nous l'avons rencontrée à peine dans le quart des cas.

Pour certains ulcères haut situés, sous-cardiaques, la symptomatologie est différente pour R.-A. Gutmann. Les troubles surviennent en général au moment de la déglutition, simulant plus ou moins un syndrome œsophagien, et pouvant

même provoquer une sténose spasmodique de l'œsophage. C'est ce que nous avons constaté chez un de nos malades (obs. XXIII), qui, pendant très longtemps, n'a eu que du cardiospasme, et qui a présenté, pendant deux ou trois jours, des crises douloureuses épigastriques, sans jamais souffrir alors au moment de la déglutition.

En somme, syndrome d'ulcère banal pour les ulcères du versant postérieur de la petite courbure; syndrome moins typiquement ulcéreux avec longueur particulière des périodes, douleurs parfois particulièrement intenses à type solaire ou syndrome périviscéral d'emblée pour les ulcères postérieurs proprement dits. Pour les deux catégories d'ulcus, possibilité de troubles généraux très marqués, avec gros amaigrissement, perte des forces; dans ces cas, la seule clinique risque fort de faire conclure au cancer et non à l'ulcère, surtout si les troubles évoluent de façon prolongée, d'un seul tenant, et surviennent chez des sujets d'un certain âge.

En fait, le diagnostic d'ulcère postérieur ne peut être que soupçonné. Le diagnostic de localisation est avant tout radiologique. C'est la raison pour laquelle nous avons jugé bon de traiter en détail la radiologie avant le chapitre de la clinique.

I. — *Considérations sur l'évolution des ulcères postérieurs.*

L'évolution des ulcères postérieurs, quel que soit leur siège, serait, pour A. Bernard, celle de tous les ulcères. Si dans certains cas la guérison peut survenir, le plus souvent, pour l'auteur, l'ulcère évolue par poussées successives et aboutit à quelque complication : perforation (dans le pancréas le plus souvent), abcès sous-phréniques ou de l'arrière-cavité des épiploons, pancréatites, adhérences aux organes voisins.

Le caractère calleux de certains de ces ulcères entraîne parfois des déformations considérables : estomac en fer à cheval, comme dans une de nos observations (fig. 1), ou

sténose médio-gastrique (fig. 2 et 5); quelquefois, double sténose, comme dans un cas de Jean Duval.

Aucun auteur, à notre connaissance, n'a observé de dégénérescence néoplasique, et c'est là un fait négatif très important à considérer pour la conduite à tenir en présence de ces ulcères, habituellement difficiles à extirper.

Si nous nous référons à nos seuls cas personnels (27 obs.), nous dirons que le siège postérieur d'un ulcère gastrique lui confère une certaine bénignité, puisque nous n'avons eu jusqu'à présent que 2 seuls cas mortels : l'un à la suite d'une gastrorragie grave (obs. V), l'autre (obs. X) chez un malade en même temps cirrhotique; et que tous ont été traités médicalement, sauf 2. Nous indiquerons plus loin les indications thérapeutiques.

II. — *Considérations étiologiques.*

Nous n'avons pas l'intention de nous engager dans un chapitre aussi obscur que celui de l'étiologie des ulcères.

Les ulcères postérieurs sont aussi mystérieux que les autres quant au mécanisme de leur formation.

Nous nous sommes pourtant demandé la raison de la fréquence des ulcères sur la petite courbure et de leur rareté sur la face postérieure. Peut-être en aurons-nous une idée grâce aux travaux de certains auteurs. En effet, d'après Cogniaux, les ulcères se développeraient presque exclusivement en milieu de glandes à mucus, c'est-à-dire en terrain faiblement acide, sinon alcalin. De plus, Brenkmann, de Strasbourg, et Deloyers, de Bruxelles, ont cherché à établir la topographie des différents pH sur la muqueuse gastrique et se sont inspirés pour cela d'une expérience de C. Bernard.

Chez un chien, en pleine digestion, et préalablement anesthésié, ces auteurs ouvrent l'estomac suivant la grande courbure. Après l'avoir lavé avec de l'eau à 37°, ils humectent la muqueuse gastrique avec le mélange ferrocyanure de potas-

sium-hydroxyde de fer, qui a la propriété de virer au brun en milieu alcalin, au bleu de Prusse en milieu acide.

Quels sont les résultats ainsi obtenus ?

— Le fondus se colore en bleu, très accusé des deux côtés de la petite courbure. .
— La poche à air est intermédiaire, verdâtre, parsemée de plages bleues et brunes.
— Le cardia, à son pourtour, est brun.
— L'antre, avec la petite courbure, se colore uniformément en brun.

Cette topographie est d'une constance remarquable. Fait frappant, il y a une démarcation très nette entre la coloration bleu foncé du fondus et la coloration brune de l'antre, coïncidant rigoureusement avec la limite histologique de la région fondique. En d'autres termes, le fondus, qui élabore l'acide chlorhydrique, est acide; l'antre, qui sécrète le suc peptique, est alcalin; d'où il ressort que les ulcères se développeront presque exclusivement sur la portion antrale (pylore, petite courbure). Mais on remarque que la muqueuse de la poche à air, de réaction générale acide, est parsemée d'îlots de glandes à mucus, de réaction alcaline. Nous sommes alors en droit de penser que ce sont de tels îlots alcalins de la portion verticale de la face postérieure, îlots réduits et peut-être inconstants, qui peuvent donner lieu à des ulcères.

Existe-t-il des facteurs adjuvants dans la genèse de ces ulcères ? Voyons quels sont l'âge, le sexe, le terrain de nos ulcéreux.

Age. — Nous considérons l'âge du début clinique. Si nous calculons sur nos 27 malades, échelonnés de 26 à 74 ans, l'âge moyen de début est 55 ans.

Chez 70 p. 100 de nos sujets, la maladie a commencé avant 60 ans. C'est dire que dans près d'un tiers des cas, l'ulcère a débuté dans la vieillesse, après 60 ans, notion qui est

loin d'être classique, mais sur laquelle le Professeur agrégé J. Dubarry vient d'attirer l'attention dans la thèse de son élève A. Pélissier (*Ulcères gastro-duodénaux récents chez le vieillard*). En effet, d'après ses observations personnelles, depuis 1940, à une époque où l'ulcère est devenu beaucoup plus fréquent, il est rencontré, après la soixantaine, presque aussi souvent que le cancer.

Sexe. — Comme pour l'ulcère en général, ce sont les hommes qui sont les plus atteints, trois fois plus souvent que les femmes d'après nos statistiques. Il est cependant intéressant de remarquer que les 30 p. 100 de malades âgés de plus de 60 ans sont uniquement composés de femmes, sauf un malade, et la moitié de ces femmes ont un ulcère postérieur proprement dit. Cela signifie-t-il que ce dernier serait avant tout l'apanage des femmes âgées ? Pour conclure affirmativement, notre statistique devrait porter sur un plus grand nombre de cas. Peut-être intervient-il aussi le fait qu'il y a un plus grand nombre de femmes âgées que d'hommes.

Facteur terrain. — Sans doute, toutes les causes d'altération de la muqueuse gastrique, que ce soit l'abus du tabac ou les écarts de régime, peuvent prédisposer à cet ulcère. Cependant, le nombre d'éthyliques, parmi nos malades, est réduit, 14 p. 100 à peine, et encore deux seuls d'entre eux sont-ils de gros éthyliques (obs. X et XXVI).

Mais il faut remarquer que presque tous nos ulcères sont d'apparition récente, postérieurement à 1940, à une époque où, de l'avis de presque tous les auteurs, leur nombre a considérablement augmenté, alors que celui des alcooliques diminuait. Ils proviennent cependant d'un lot d'ulcères dont les premiers remontent à 1936.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ULCERES DE LA FACE POSTERIEURE

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux garde un caractère symptomatique et empirique, malgré la multitude des travaux expérimentaux et les observations cliniques qui s'y rapportent, car l'étiologie et le mécanisme pathogénique de cette affection demeurent encore obscurs. Les résultats thérapeutiques sont, de plus, difficiles à interpréter, l'ulcère ayant une longue évolution, des phases de rémission spontanée pouvant durer des mois et des années, ces phases de rémission pouvant être attribuées à tort à des manœuvres thérapeutiques.

En ce qui concerne nos cas, nous ne pourrons certes pas émettre une opinion définitive sur les résultats thérapeutiques, n'ayant pas de recul suffisant, et nos sujets étant encore en cours de traitement. Mais nous pouvons donner notre impression étayée sur un certain nombre de cas suivis pendant plusieurs années.

En quoi consistent les traitements classiques ?

— Les antispasmodiques : belladone, atropine, jusquiame, bromures.
— Les antialgiques : bicarbonate de soude, carbonate de chaux, carbonate de magnésie.
— Les pansements par poudres inertes : sels de bismuth, kaolin, baryum, talc, oxyde de zinc.
— La mucine gastrique.

De récentes recherches ont porté sur :

— les extraits opothérapiques : parathyroïdiens, pancréatiques, hypophysaires, etc.;

— un acide aminé : Histidine et son dérivé, l'Histamine à faibles doses.

M. le Professeur agrégé Dubarry a contribué en particulier à établir, avec son élève Frapin, la posologie de cette dernière médication : chlorhydrate d'Histamine au dixième de milligramme, en injections sous-cutanées ou intradermiques.

En outre, il est nécessaire de soumettre les malades à un régime plus ou moins large selon les cas, en supprimant les mets irritants de leur alimentation.

Le traitement local (bismuth, alcalins, belladone, analgésiques opiacés), très important pour soulager le malade, n'est qu'accessoire. Il calme avant tout. Son action sur les poussées ulcéreuses est contestable.

Tous nos malades ont été traités par des pansements gastriques et des antispasmodiques, par l'Histamine au dixième de milligramme, par voie sous-cutanée ou intradermique, *loco dolenti*. De plus, M. le Professeur agrégé Dubarry a obtenu des résultats intéressants avec la Ferriscorbone sodique, traitement qu'il a préconisé dans les ulcères rebelles. Nous renvoyons, à ce sujet, à la thèse de Geneviève Ménier, dont nous avons repris plusieurs observations, d'autres cas d'ulcères traités par la Ferriscorbone étant inédits.

Donc, dans les cas d'ulcères gastriques où les médicaments classiques échouent, M. J. Dubarry essaie systématiquement les Ferriscorbones.

25 de nos malades ont eu un traitement médical.
2 ont été opérés d'emblée.

Parmi ces 25 malades :

22 ont eu *pour commencer* un traitement histaminique;
2 autres, de la belladone et des alcalins;
1 uniquement de la Ferriscorbone.

Quels ont été les résultats obtenus ?

Sur ces 22 malades traités par l'Histamine, nous avons eu :

12 améliorations;
9 échecs (dont 8 améliorés secondairement par les Ferriscorbones, 1 [obs. X] décédé en cours de traitement);
1 malade a été perdu de vue.

L'amélioration porte sur la sédation des troubles douloureux et sur la reprise du poids, de l'appétit et des forces. Elle peut être de longue durée et dépasser plusieurs années. Parmi les 12 malades, 5 ne souffrent plus depuis deux ans et davantage; 5 autres depuis plus d'un an, les autres depuis quelques mois; le recul le plus court est de six mois (obs. XXI).

Nos 2 malades traités par les alcalins et la belladone ont été également bien améliorés.

Il est surtout intéressant de comparer l'amélioration des troubles cliniques et radiologiques.

Nous n'avons pu faire les contrôles radiologiques ultérieurs que chez 7 de ce lot de 12 malades. Pour 3, disparition complète de la niche; pour les autres, diminution très importante de l'étendue de la lésion.

C'est ainsi qu'un de nos malades (obs. XV), après traitement histaminique, a vu ses troubles disparaître complètement depuis deux ans, a repris plusieurs kilos, et la radiographie montre la disparition totale de sa niche. Un autre (obs. VII) ne souffre plus depuis un an, sa lésion a complètement disparu.

Cependant, le nombre d'échecs est encore assez considérable, puisqu'il atteint environ la moitié des malades. Dans ces cas-là, s'il y a amélioration, elle n'est que passagère, de courte durée (quelques semaines à plusieurs mois). Mais, le plus souvent, l'échec est total.

Lorsque les médications précédentes ne donnent aucun résultat, le diagnostic de cancer ulcériforme pouvant toujours être rejeté, le Professeur agrégé Dubarry emploie la

Ferriscorbone, dont il poursuit l'étude systématique dans les ulcères rebelles. C'est dans ces conditions que 9 de nos malades en ont eu une ou plusieurs séries, 1 seul a été traité d'emblée par ce médicament (obs. II). Il s'agit d'une femme de 69 ans, atteinte d'un volumineux ulcère du versant postérieur de la petite courbure. Elle a reçu 6 séries de Ferriscorbone de juin 1943 à janvier 1945. Après des alternatives de bien-être et de douleurs, et un dernier séjour d'un mois dans le service du Professeur Dupérié, elle sort de l'hôpital très améliorée, en janvier 1945. Radiologiquement, diminution considérable du volume de la niche par rapport aux états antérieurs. Il ne s'agit malgré tout ici que d'un demi-succès.

Parmi nos 8 autres malades traités par les Ferriscorbones, nous n'avons eu qu'un seul échec (obs. V). Il s'agissait d'un homme de 78 ans, non amélioré par l'Algipan. La Ferriscorbone amène une très nette diminution des troubles pendant un an. Puis le malade est décédé à la suite de gastrorragies récidivantes (melæna).

Les 7 autres malades ont été parfaitement soulagés : la plupart du temps, dès les premières injections de Ferriscorbone, sédation de la douleur, reprise du poids, des forces et de l'appétit.

Parmi nos 7 malades très améliorés, 3 ont un mieux-être persistant depuis près de deux ans et demi, les autres depuis plus d'un an.

Il est, ici également, intéressant de comparer les résultats radiologiques; 6, dans ce lot de 9 malades, ont eu un contrôle ultérieur. Pour 3 d'entre eux, diminution considérable de la lésion; chez les autres, la niche a complètement disparu.

Devant ces résultats vraiment encourageants obtenus par le Professeur agrégé Dubarry avec les Ferriscorbones dans les gros ulcères rebelles aux traitements classiques, celui-ci applique donc systématiquement ce traitement aux ulcères qui lui paraissent indiscutables. Jusqu'ici, bénéficiant peut-être d'une série particulièrement heureuse, il n'a jamais eu à se repentir de son attitude résolument médicale, en dehors d'une

erreur de diagnostic précédemment exposée (cancer ulcériforme juxta-cardiaque), puisque aucun de ses malades n'a présenté de complications depuis qu'ils sont en cours de traitement.

Ceci ne veut pas dire que M. Dubarry soit hostile au traitement chirurgical, loin de là; et en 1943, dans sa communication à la Société de gastro-entérologie, sur ses premiers essais de traitement par les Ferriscorbones, il concluait : « Il ne s'agit pas de substituer le traitement médical à la chirurgie; chaque fois que l'intervention est possible, c'est à elle qu'on doit avoir recours, d'autant plus que, pour les grosses lésions, le diagnostic de bénignité ou malignité ne peut pas toujours être posé de façon formelle. » Il s'en tient, tout de même, habituellement au traitement médical que nous venons d'exposer pour plusieurs raisons : d'abord, dans un but d'étude. Sa statistique sera d'autant plus valable qu'elle portera sur un plus grand nombre de cas et qu'elle englobera toutes catégories d'ulcères, et non des cas sélectionnés; ensuite, parce que les ulcères postérieurs sont plutôt l'apanage des sujets âgés, à priori plus fragiles aux interventions, du fait de tares viscérales fréquentes; d'autre part, seule la gastrectomie est logique pour de telles lésions que ne peut isoler la gastro-entérostomie; cette dernière, du reste, pourrait être gênée par l'ulcus lui-même; de plus, l'ulcère postérieur étant fréquemment situé assez haut, cette gastrectomie doit être large, le plus souvent subtotale, quelquefois totale, et peu de chirurgiens encore ont la pratique des gastrectomies totales. Ces ulcères postérieurs enfin, souvent volumineux, calleux, contractent des adhérences serrées avec la région cœliaque, à moins qu'ils ne soient perforés-bouchés par le foie ou le pancréas ou encore la rate (cf. le cas G. Chavannaz et Chenut), et sont alors d'extirpation très malaisée.

C'est dire qu'il s'agit à priori d'interventions sérieuses, non d'une banale gastrectomie, comme pour les ulcères juxta-pyloriques ou duodénaux, et un traitement médical, évitant le plus souvent au malade les risques d'une telle intervention, mérite d'être étudié.

Ces ulcères postérieurs, enfin, quand ils n'ont pas été soigneusement repérés par un examen radiologique, peuvent passer inaperçus à la laparotomie, comme nous l'avons déjà signalé (obs. XIX). Il s'agissait d'un fait un peu analogue publié par MM. Bégouin, Lafargue, Magendie et G. Dubourg, et résumé ci-dessous :

Observation (1) (Signalée par le Prof. agr. Magendie).

Ulcère calleux hémorragique de la partie postérieure et haute de la petite courbure méconnu à la laparotomie d'urgence avec antrotomie. Gastro-pylorectomie secondaire.

Un homme de 37 ans est opéré d'urgence pour melæna et hématémèses importants se reproduisant depuis trente-six heures et ayant déterminé une anémie aiguë grave.

Sous anesthésie locale, laparotomie exploratrice. Pas de lésion évidente d'ulcus ou de néo de l'estomac ni du duodénum. Cependant, on note quelques fines traînées blanchâtres avec ganglions de la partie haute du petit épiploon.

On ouvre l'estomac sur 7 centimètres au niveau de l'antre. Pas de sang dans la cavité. Muqueuse normale. Fermeture de l'estomac en deux plans avec épiplooplastie supplémentaire. On a noté une importante quantité de sang dans le côlon transverse.

Suites opératoires : l'état du malade remonte rapidement. Il ne saigne plus. A froid, un examen approfondi montre qu'un ulcère existe et a été méconnu à l'opération.

La radiographie indique une niche typique.

Trois mois après, gastro-pylorectomie en gouttière, à la Polya : gros ulcère calleux de la partie haute et postérieure de la petite courbure. Le malade a succombé près de quatre mois après la deuxième intervention, à la suite d'une pleurésie purulente post-opératoire.

---

(1) Observation IX de MM. Bégouin, Lafargue, Magendie et G. Dubourg, « Dix-huit cas de grandes hémorragies gastro-duodénales », Soc. de chir. de Bordeaux et du S.-O., 23 février 1933, in *Bordeaux chirurgical*, 1933, t. IV, p. 141.

Une telle observation, comme du reste celle que nous avons déjà signalée (obs. XIX), montre bien tout l'intérêt d'un examen radiologique minutieux. Dans les 2 cas, c'est lui qui a fait voir l'ulcère qui avait échappé au chirurgien à une première laparotomie.

C'est la radiographie, et quelquefois la gastroscopie, qui, en fait, permet le diagnostic de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac, et c'est sur cette remarque que nous tenons à terminer notre travail.

CONCLUSIONS

I. — Nous entendons par ulcères de la face postérieure de l'estomac tous ceux qui, invisibles radiologiquement dans la position debout de face quand l'estomac est rempli de baryte, sont mis en évidence par l'examen en oblique antérieure droit, ou en profil. Ils peuvent encore se présenter avec l'aspect de tache suspendue entre les deux courbures quand le niveau baryté est au-dessous de la niche. C'est dire que le diagnostic de localisation est essentiellement radiologique. Il peut être également gastroscopique, la gastroscopie permettant même le repérage d'ulcères de la face postérieure de la portion antrale de l'estomac, que la radiologie ne permet pratiquement jamais de diagnostiquer.

II. — Nos 27 cas personnels d'ulcères siègent tous sur la portion verticale, mais tantôt tout près de la petite courbure, sur le versant postérieur de cette dernière (19 cas), tantôt en pleine face postérieure (8 cas).

III. — Il nous paraît intéressant de distinguer ces deux localisations, car les ulcères du versant postérieur de la petite courbure sont cliniquement semblables aux autres ulcères de la petite courbure; tandis que les ulcères de la face postérieure proprement dits nous paraissent avoir le plus souvent quelques caractères spéciaux : horaire des crises moins régulier et évolution chronique d'emblée, sans périodicité.

IV. — Le gros diagnostic est celui du cancer ulcériforme, auquel font penser l'amaigrissement marqué habituel, l'évo-

lution non périodique dans certains cas d'ulcères de la face postérieure proprement dits, les grandes dimensions de la niche. Mais l'aspect même de la niche, son siège inhabituel pour un cancer, la conservation de l'appétit, l'amélioration par le traitement antiulcéreux d'épreuve, permettent le plus souvent le diagnostic.

V. — Ces ulcères de la face postérieure sont rares (2,7 p. 100 de nos cas d'ulcères gastro-duodénaux). Ils surviennent tardivement (âge moyen de début, 55 ans). Ils sont trois fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Aucun facteur étiologique spécial ne peut être invoqué; l'éthylisme, notamment, ne se rencontre que dans 14 p. 100 des cas.

VI. — D'après nos cas personnels, dont le recul varie de cinq ans à six mois, le pronostic serait plutôt favorable, puisque nous n'avons jamais observé de perforation en péritoine libre (1 ulcère perforé-bouché probable), ni de cancérisation; des gastrorragies dans 4 cas seulement; 2 sténoses médio-gastriques très améliorées médicalement. Mais le recul n'est pas assez long, ni le nombre de cas suffisant, pour porter un jugement valable au point de vue pronostic.

VII. — Deux ont été opérés d'emblée, au stade de périviscérite serrée. Les trois cinquièmes des 25 autres ont été nettement améliorés par les traitements antiulcéreux classiques. Les deux derniers cinquièmes ont bien réagi à la Ferriscorbone sodique, qui s'est avérée particulièrement efficace pour tous les gros ulcères gastriques à tendance calleuse, habituellement rebelles aux traitements médicaux. Cette efficacité de la thérapeutique médicale est d'autant plus intéressante que si l'on a recours à la chirurgie, il faut faire une gastrectomie très large, habituellement difficile dans ces cas, quelquefois subtotale, voire totale, d'un pronostic d'autant plus réservé qu'il s'agit plutôt de gens âgés.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 avril 1945.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Albot (Guy), Redon (H.), Libaude (H.). — La niche en cocarde du schwannome gastrique. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, nos 3-4, 1943, p. 79.

Albrecht. — Ulcères de la face postérieure de l'estomac. Soc. allem. de radiol., Berlin, avril 1930.

Barret. — La distension de l'arrière-fond tubérositaire de l'estomac. *Bull. de la Soc. de radiol. franç.*, févr. 1920.

Bégouin, Lafargue, Magendie, Dubourg (G.). — Dix-huit cas de grandes hémorragies gastro-duodénales. Soc. de chir. de Bordeaux et du S.-O., 23 févr. 1933, in *Bordeaux-Chirurgical*, 1933, t. IV, p. 141.

Berg. — Etudes radiologiques du relief muqueux du tractus digestif. Leipzig, 1931.

Bergeret, Hillemand (P.), Chérigié. — Cancer ulcériforme de la face postérieure de l'estomac. Diminution de la niche sous l'effet du traitement. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, nos 9-10, 1943, p. 261.

Bernard (A.). — Signes radio-cliniques de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Le Documentaire médical*, déc. 1938, p. 19.

Brenkmann (E.), Deloyers (L.). — Etude de la topographie des régions élaboratrices de l'HCl de l'estomac. *Presse médicale*, n° 67, 1929, p. 1086.

Brulé (M.) et Hillemand (P.). — A propos du diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 mai 1943.

Chavannaz (G.) et Chenut (A.). — Vaste ulcère de la face postérieure. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1923, n° 23, p. 259.

Cogniaux (P.). — Le développement presque exclusif des ulcères gastriques en milieu de glandes à mucus. *Presse médicale*, 1929, n° 36, p. 589.

Cottenot (P.) et Chérigié (Ed.). — Ulcère volumineux de la face postérieure de l'estomac. *Journ. de radiol.*, t. 25, 1942-1943, n° 9, p. 140.

Devois. — Une observation d'ulcère de la face postérieure de la grosse tubérosité gastrique. *Bull. de la Soc. de radiol.*, 19 mai 1931, p. 240-243.

Dubarry (J.). — Essai de traitement des ulcères calleux par la Ferriscorbone sodique. Soc. de gastro-entérol. de Paris, 5 juill. 1943; in *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n^{os} 11-12, 1943.

Ducuing et Marquès. — Remarques sur deux observations d'ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Toulouse médical*, 1er oct. 1937, p. 621.

Durand (G.). — Variabilité des signes radiologiques dans un cas d'ulcère de la face postérieure. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n^{os} 7-8, 1943, p. 213.

Durand (G.), Nemours-Auguste. — Séméiologie radiologique de l'ulcère de l'estomac. Doin et Cie, édit., Paris, 1940.

Duval (J.). — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Arch. de méd. et de chir. de Normandie*, déc. 1932, n° 108, p. 1649.

— Ulcère postérieur ayant occasionné une double sténose visible à l'écran. Soc. de chir., 11 avril 1934, *Presse médicale*, 25 avril 1934, p. 674.

Eisler. — Erreurs de diagnostic dans la radiologie de l'estomac. *Röntgenpraxis*, 7, 7.

Fabre (P.). — Ulcères de la face postérieure de l'estomac. *Toulouse médical*, 1939, p. 515.

Gutmann (R.-A.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, 3^{e} éd., 1940, t. I.

— Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. *Monde médical*, 15 févr. 1935, p. 95.

— L'ulcère géant de la petite courbure. *Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris*, 20 janv. 1939.

Gutmann (R.-A.), Bertrand (I.), Peristiany (Th.-J.). — Le cancer de l'estomac au début. Doin, édit.

Hayer. — Aspect du relief muqueux de l'estomac en décubitus dorsal. Soc. allem. de radiol., 1931, n° 44, p. 70-78.

Hillemand (P.), Chérigié (Ed.), Andolys (P.). — Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 mai 1942, p. 181.

Hillemand (P.), Montalant (Mlle), Boudaghian, Noufflard (Mlle). — A propos des ulcères de la face postérieure de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n^{os} 7-8, 1943, p. 209.

Ledoux-Lebard. — La radiologie du médecin praticien. Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif. Masson, Paris, 1935, in-8°, 50-51.

— Manuel de radiodiagnostic. Masson, Paris, 1933, 651-719.

Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon. — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac (ulcères sous-tubérositaires) et son diagnostic radiologique. *Presse médicale*, 24 avril 1937, p. 628.

Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon, Aubrun. — A propos de deux cas de diverticules de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1936, p. 527-533.

Ledoux-Lebard (R.), Garcia-Calderon (J.) et Nemours-Auguste. — Ulcère géant de l'estomac à forme pseudo-tumorale et son diagnostic radiologique. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 31, n^{os} 3-4-5, 1942, p. 175.

Lohmann. — Diagnostic radiologique de l'ulcus du cardia. *Röntgenpraxis*, 8 janv. 1936, n° 1, p. 11-15.

Ménier (Mlle G.). — Traitement de vingt-quatre cas d'ulcères gastro-duodénaux rebelles par la Ferriscorbone sodique. Thèse Bordeaux, 1944.

Mondor. — Abdomen. — Diagnostics urgents. Masson et Cie, édit., 1937, p. 227.

Moutier (F.), Hillemand (P.), Nemours-Auguste. — Ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie et visibles à la gastroscopie. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n^{os} 9-10, 1943, p. 247.

Nemours-Auguste. — Sur un cas de double ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Journ. de radiol.*, 8 févr. 1944.

— Les niches gastriques de la face. *Soc. de radiol. méd. de France*, 8 mai 1934, t. 22, n° 209, p. 255-256.

Pannetier (Mlle G.). — Contribution à l'étude des ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac. Thèse Paris, 1943.

Périer (E.-A.). — Diagnostic des niches géantes de la petite courbure gastrique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n^{os} 11-12, juin 1942, p. 497.

Pinke. — Ulcères de la face postérieure de l'estomac et du cardia. *Röntgenpraxis*, 1935, t. 7, n° 10.

Ronneaux. — Image diverticulaire d'origine ulcéreuse de la paroi postérieure de l'estomac au tiers supérieur. *Bull. de la Soc. d'électro-radiol.*, n° 2, 1929, p. 37.

Bordeaux n° 759. — Dépôt légal effectué en 1945 (2e trimestre).

23333. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1945.